

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Trpimir Jakovina

**Privrženost, samopoštovanje i
emocionalna prilagodba u bolesnica s
bulimijom nervozom**

DISERTACIJA



Zagreb, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Trpimir Jakovina

**Privrženost, samopoštovanje i
emocionalna prilagodba u bolesnica s
bulimijom nervozom**

DISERTACIJA

Zagreb, 2017.

Disertacija je izrađena u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, Klinika za psihološku medicinu.

Voditelj rada: doc. dr. sc. Ivan Begovac

Zahvaljujem mentoru doc. dr. sc. I. Begovcu na pomoći, savjetima, smjernicama i podršci prilikom izrade dizertacije. Zahvaljujem dr.sc. M.Hanževačkom, ravnatelju Doma zdravlja Zagreb – Zapad, dr. A. Jelaković, ravnateljici Škole za medicinske sestre Mlinarska i prof. I. Vajdovčić, ravnateljici XVIII. gimnazije Zagreb, koji su omogućili provedbu istraživanja u njihovim ustanovama. Posebno zahvaljujem svojoj obitelji bez čije moralne, emocionalne i financijske pomoći ova edukacija ne bi bila moguća.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Teorija privrženosti	
1.1.1. Teorija privrženosti i etologija	
1.1.2. Stadiji razvoja privrženosti	
1.1.3. Individualne razlike u kvaliteti privrženosti – stilovi privrženosti	
1.1.4. Unutarnji radni model	
1.1.5. Privrženost u adolescenciji i odrasloj dobi	
1.1.6. Metode ispitivanja privrženosti u adolescenciji i odrasloj dobi	
1.2. Emocionalna regulacija	
1.2.1. Razvoj emocija i emocionalne regulacije	
1.2.2. Definicija i svojstva emocija	
1.2.3. Definicija emocionalne regulacije	
1.2.4. Temeljna obilježja emocionalne regulacije	
1.2.5. Procesni model emocionalne regulacije	
1.2.6. Emocionalna regulacija i socijalno funkcioniranje	
1.2.7. Emocionalna regulacija i privrženost	
1.3. Bulimija nervoza	
1.3.1. Klinička slika bulimije nervoze	
1.3.2. Dijagnostički kriteriji za bulimiju nervozu	
1.3.3. Epidemiologija bulimije nervoze	
1.3.4. Rizični faktori za bulimiju nervozu	
1.3.5. Karakteristike ličnosti bolesnica s bulimijom nervozom	
1.3.6. Privrženosti i bulimija nervoza	
1.3.7. Emocionalna regulacija i bulimija nervoza	
2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA.....	29
2.1. Opći cilj istraživanja	
2.2. Specifični ciljevi istraživanja	
3. METODA.....	31
3.1. Ispitanici	
3.2. Psihologijski mjerni instrumenti	
3.2.1. Strukturirani upitnik socio-demografskih podataka	
3.2.2. Inventar poremećaja hranjenja	
3.2.3. Revidirani upitnik iskustava u bliskim odnosima	
3.2.4. Skala poteškoća u emocionalnoj regulaciji	
3.2.5. SCOFF	
3.2.6. Indeks tjelesne mase	
3.3. Postupak	
3.3.1. Statistički postupci	
4. REZULTATI.....	38
4.1. Usporedba socio-demografskih karakteristika ispitanica sa i bez bulimije nervoze	
4.2. Simptomi poremećaja hranjenja, indeks tjelesne mase i oscilacije u tjelesnoj težini	
4.2.1. Usporedba simptoma poremećaja hranjenja u ispitanica sa i bez bulimije nervoze	
4.2.2. Usporedba indeksa tjelesne mase i oscilacija u tjelesnoj težini u ispitanica sa i bez bulimije nervoze	

- 4.3. Usporedba dimenzija privrženosti u ispitanica sa i bez bulimije nervoze, te povezanost dimenzija privrženosti i bulimije nervoze
- 4.4. Usporedba stilova privrženosti u ispitanica sa i bez bulimije nervoze
- 4.5. Usporedba emocionalne regulacije u ispitanica sa i bez bulimije nervoze, te povezanost emocionalne regulacije i bulimije nervoze
- 4.6. Doprinosi dimenzija privrženosti i emocionalne regulacije u predviđanju pripadnosti kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini
- 4.7. Emocionalna regulacija kao medijator odnosa dimenzija privrženosti i bulimije nervoze

5. RASPRAVA.....	61
5.1. Socio-demografske karakteristike ispitanica	
5.2. Simptomi poremećaja, hranjenja indeks tjelesne mase i oscilacije u tjelesnoj težini	
5.2.1. <i>Simptomatika poremećaja hranjenja</i>	
5.2.2. <i>Indeks tjelesne mase i oscilacije u tjelesnoj težini</i>	
5.3. Dimenzije privrženosti i bulimija nervoza	
5.4. Stilovi privrženosti i bulimija nervoza	
5.5. Emocionalna regulacija i bulimija nervoza	
5.6. Dimenzije privrženosti, emocionalna regulacija i dijagnoza bulimije nervoze	
5.7. Emocionalna regulacija kao medijator odnosa dimenzija privrženosti i bulimije nervoze	
5.8. Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja	
5.9. Kliničke implikacije istraživanja	
6. ZAKLJUČAK.....	76
7. SAŽETAK.....	78
8. SUMMARY.....	79
9. LITERATURA.....	83
10. ŽIVOTOPIS.....	97
11. O MENTORU.....	98
12. PRILOZI.....	100

1. UVOD

1.1. Teorija privrženosti

1.1.1. Teorija privrženosti i etologija

Privrženost je trajna emocionalna veza između djeteta i primarnog skrbnika (Ainsworth i sur., 1978), kojoj je svrha održavanje blizine sa figurom privrženosti¹, osobito u stresnim situacijama (Bartholomew i Horowitz, 1991). Figura privrženosti predstavlja osobu koja osigurava emocionalnu i fizičku skrb, konzistentno i kontinuirano je prisutna u djetetovom životu, te investira emocije u odnos s djetetom (Pearce, 2009).

Počeci teorije privrženosti vežu se uz rad Johna Bowlbyja, britanskog psihoanalitičara, koji je četrdesetih godina 20.st., radeći u instituciji za neprilagođenu djecu primijetio da su veliki poremećaji u odnosu majka-dijete povezani s kasnijom psihopatologijom djeteta (Cassidy, 2008).

Daljnje opservacije su vodile do spoznaje da djeca odvojena od roditelja svojim ponašanjem nastoje spriječiti separaciju te nastoje ponovno uspostaviti bliskost. Jedan od najjasnijih znakova privrženosti jest da blizina skrbnika znatno umanjuje djetetovu anksioznost, pri čemu se uplašeno dijete ne smiruje kada ga hrane i o njemu brinu druge osobe, ali se smiruje jednostavnim kontaktom s majkom (Vasta, Haith i Miller, 2004). Neka ponašanja dojenčadi daju majci signal da je dijete zainteresirano za interakciju (smješkavanje, vokaliziranje) i tako privlače majku djetetu, neka ponašanja dojenčadi su averzivna (plač, protestiranje) i privlače majku djetetu da bi prekinula to ponašanje, a neka ponašanja približavaju dijete majci (prilaženje i slijeđenje).

U tumačenju navedenih spoznaja Bowlby nije bio zadovoljan tradicionalnim teorijama koje su naglašavale ulogu hranjenja, a prema kojima je djetetova emocionalna privrženost majci utemeljena na njezinoj ulozi snažnog potkrepljujućeg podražaja, te je objašnjenja tražio u drugim znanostima, kao što su evolucijska biologija, etologija, razvojna psihologija i kognitivne znanosti. Nadalje je uvidio da je sličan obrazac prisutan i kod širokog spektra drugih vrsta sisavaca, te je pretpostavio da navedena ponašanja imaju evolucijsku funkciju. Na Bowlbyjevo razumijevanje veze između djece i njihovih skrbnika uvelike je utjecao Harlowljev eksperimentalni rad s rhesus majmunima (Van der Horst, LeRoy i Van der Veer, 2008). Harlow je pretpostavio da, osim hranjenja, na razvoj privrženosti utječe i mogućnost djeteta da se dodiruje i mazi s majkom. U istraživanju je skupina mladunčadi rhesus majmuna

¹ eng. attachment figure

odmah nakon rođenja bila odvojena od majki, te je odgajana u laboratoriju s dvije surogat majke, načinjene od drveta i žice. Jedna je od njih bila prekrivena mekim frotirom, za koji se majmunče moglo uhvatiti, druga je bila izrađena samo od žičane mreže. Jedna je polovica mladunčadi dobivala hranu iz bočice stavljene na „frotirnu“ majku, a druga polovica iz bočice stavljene na „žičanu“ majku. Za procjenu ljubavi mladunčadi prema majkama, Harlow je upotrijebio dvije mjere. Jedna je bila količina vremena provedena uz pojedinu zamjensku majku; druga je uključivala stupanj u kojem je zamjenska majka značila sigurnost za majmunče u situacijama u kojima je izazivan strah. Majmunčad je u prosjeku provodila između 17 i 18 sati dnevno na presvučenoj majci i manje od 1 sat dnevno na žičanoj majci, neovisno o tome na koju je od njih bila stavljena hrana. Slično tome, kada je bila uplašena, majmunčad je dosljedno tražila sigurnost kod presvučene majke; kada im je bila dostupna samo žičana majka, majmunčad je bila slabo utješena njezinom prisutnošću (Harlow i Harlow, 1966, prema Vasta, Haith i Miller, 2004). Harlowljevo je istraživanje tako pokazalo da najvažniji činitelj u razvoju privrženosti nije hranjenje, već mogućnost hvatanja i priljublivanja uz majku – pojava koju je nazvao udobnost dodira.

U svjetlu novih nalaza, Bowlby je konačno 50-ih godina prošlog stoljeća formuirao novu etološku teoriju koja objašnjava djetetovu povezanost s majkom kao posljedicu evolucijskih sila. Dakle, djetetova snažna privrženost majci nije rezultat asocijacijskog učenja nego je rezultat potrebe za blizinom majci koja se razvila kroz proces prirodne selekcije. Prirodna selekcija davala je prednost privrženom ponašanju jer ono povećava vjerojatnost blizine djeteta skrbniku (najčešće majci), a ona povećava vjerojatnost zaštite od grabežljivaca i vjerojatnost preživljavanja (Cassidy, 2008). Bowlbyjeva je teorija izuzetno važna upravo zbog toga što povezuje etološke modele ljudskog razvoja sa suvremenim teorijama ličnosti i sa teorijama emocionalne regulacije, čime će se baviti ovaj rad.

1.1.2. Stadiji razvoja privrženosti

Bowlby je razvoj privrženosti podijelio u četiri stadija, od kojih se prva tri odvijaju tijekom prve godine života, a četvrti započinje oko djetetovog trećeg rođendana (Marvin i Britner, 2008).

1. Stadij nediskriminativne orijentacije vanjskog svijeta.

Tijekom prvih nekoliko tjedana života beba na vanjski svijet reagira nediskriminativno, ne razlikujući osobe koje je okružuju. Pri tome na vanjske podražaje reagira na način kojim

povećava vjerojatnost da će se odrasli brinuti o njemu te mu pružiti potrebnu bliskost, fizički kontakt, hranu i toplinu. Ukoliko su odgovori skrbnika u skladu s djetetovim reakcijama, stvara se osnova za razvoj privrženosti. Bowlby je ovaj stadij smjestio u period od rođenja do navršena 3 mjeseca života, uz napomenu da u određenim nepovoljnim uvjetima ovaj period može trajati i dulje.

2. Stadij diskriminativne orijentacije prema jednoj ili više specifičnih osoba.

Beba postepeno nauči razlikovati poznate osobe od nepoznatih te pri tome preferira određene osobe. Ponašanja privrženosti sada su usmjerena prema skrbnicima, najčešće majci, njoj se više smješka i uz nju se lakše umiri (Holmes, 1993). Dijete sada ima više kontrole nad odnosom i više inicira ponašanje privrženosti kroz plač, smješkanje, vokalizaciju i vizualno-motornu orijentaciju. Međutim, u ovoj fazi još uvijek nije uspostavljena trajna emocionalna veza s jednom osobom, jer čim majka izađe iz vidokruga, beba će se zadovoljiti i s drugom osobom kao izvorom sigurnosti. Ovaj stadij traje od 4. do kraja 6. mjeseca života.

3. Stadij održavanja bliskosti sa specifičnom osobom

U dobi oko 7. mjeseca dijete postaje potpuno privrženo jednom skrbniku. Paralelno s tim događaju se i značajne promjene u djetetovom motornom, kognitivnom i govornom razvoju. Lokomocija omogućuje djetetu da prati skrbnika, ali i da istražuje okolinu. Djeca sada koriste skrbnika kao *sigurnu bazu* iz koje istražuju okolinu i utočište u koje se vraćaju kada su uznemireni. Uvjeti koji dovode do te uznemirenosti i aktiviraju privrženost mogu bit vanjski: opasnost, neobični događaji, nepovoljni okolinski uvjeti, odvojenost od skrbnika; ili unutarnji: bolest, umor, emocionalna neugoda (Marvin i Britner, 2008). Jasan pokazatelj uspostavljene privrženosti je izražena separacijska anksioznost pri odvajanju od majke (Holmes, 1993).

4. Stadij formiranja odnosa partnerstva.

Tijekom 2. i 3. godine razvoj privrženosti se i dalje nastavlja. Uslijed kognitivnog razvoja, djetetu je lakše uskladiti svoje potrebe s majkom, što rezultira formiranjem recipročnih odnosa i partnerstva, jer dijete sada može istodobno razmatrati svoje planove i skrbnikove planove kako bi održavalo blizinu skrbniku. Dijete shvaća da skrbnik ima svoje vlastite namjere i može utjecati na te namjere i planove kroz dogovaranje, a ne samo se prilagođavati figuri privrženosti.

Navedeni slijed razvoja privrženosti smatra se normativnim procesom ranog razvoja, te je pronađen i u različitim kulturama, unatoč postojanju velikih razlika u odgojnim metodama i običajima.

1.1.3. Individualne razlike u kvaliteti privrženosti – stilovi privrženosti

Iako je Bowlby smatrao da je prethodno opisani razvoj privrženosti univerzalan, te predstavlja normativni proces ranog razvoja, uvidio je da postoje jasne individualne razlike u kvaliteti privrženosti.

Značajan empirijski doprinos teoriji privrženosti dala je Mary Ainsworth, koja je u početku opažala ponašanja majki i dojenčadi u prirodnim, a kasnije i u laboratorijskim uvjetima. Prva je 1969. godine opisala metodu ispitivanja u nepoznatoj situaciji, kojom se procjenjuje jačina privrženosti, a uključuje opažanje djetetovih reakcija na niz strukturiranih epizoda koje uključuju majku i nepoznatu osobu (Ainsworth i Witting, 1969, prema Vasta, Haith i Miller, 2004). *Metoda nepoznate situacije* je polustandardizirana laboratorijska metoda, primjenjuje se na dojenčad između 11 i 18 mjeseci starosti, a sastoji se od osam epizoda koje traju po tri minute (Kobak i Madsen, 2008). Epizoda 1 uključuje uvođenje skrbnika i djeteta u laboratorij, u kojem je nekoliko stolica i red igračaka i koji je tako uređen da potakne istraživačko ponašanje djeteta. Promatrači se postavljaju iza jednosmjernog stakla, od kuda je moguće opažati ponašanje djeteta i snimati ga za kasnije bodovanje. U epizodi 2 skrbnik i dijete su sami, a promatrači bilježe djetetovu spremnost da istraži nove igračke i situaciju. U epizodi 3 pridružuje im se nepoznata osoba i nakon minute šutnje započinje razgovor sa skrbnikom, te pokušava potaknuti dijete na igru. Epizoda 4 predstavlja prvo odvajanje, pri čemu skrbnik ostavlja dijete nasamo s nepoznatom osobom. Ova epizoda može trajati tri minute, no skraćuje se ako dijete pokazuje preveliku uznemirenost. Epizoda 5 uključuje povratak skrbnika i odlazak nepoznate osobe. Reakcija djeteta na ponovni sastanak sa skrbnikom daje istraživačima neke od najkorisnijih podataka. Skrbnik ostaje s djetetom najmanje tri minute, tješeći ga i umirujući, te pokušavajući navesti ga da se ponovno počne baviti igračkama. U epizodi 6 dolazi do drugog odvajanja. Sada skrbnik ostavlja dijete samo u sobi, ponovno najdulje tri minute, ovisno o djetetovu stupnju uznemirenosti. Nepoznata osoba se vraća u epizodi 7 i pokušava interakciju s djetetom. Epizoda 8 je ponovni sastanak, tijekom kojeg skrbnik dolazi do djeteta, uzima ga, dok nepoznata osoba odlazi (Vasta, Haith i Miller, 2004).

Na temelju niza ispitivanja metodom nepoznate situacije ustanovljena su tri obrasca reakcija kojima je moguće opisati reakcije većine djece izložene ovom postupku (Ainsworth, 1983, prema Vasta, Haith i Miller, 2004). Djeca koja pokazuju obrazac B opisuju se kao *sigurno privržena* skrbniku. Ona se osjećaju dovoljno sigurno da se slobodno upuste u istraživanje tijekom predseparacijskih epizoda, te skrbnika koriste kao sigurnu bazu za

istraživanje, jer iz iskustva znaju da će njihov skrbnik biti tu ako se opasnost ukaže i utješiti ih. Sigurno privrženost djeca pokazuje uznemirenost kada skrbnik ode i reagiraju s veseljem kad se vrati. Oko 65% ispitanih djece reagira na taj način.

Djeca obrasca A opisuje se kao *anksiozno-izbjegavajuća*². Ona općenito pokazuju malu uznemirenost pri odvajanju, a kada se majka vrati, izbjegavaju je. Budući da su u nizu prethodnih situacija navikla na odbijanje od svojih skrbnika, modificiraju svoje ponašanje tako da izbjegavaju skrbnika i time smanjuju očekivano odbijanje. Ovaj obrazac ponašanja pokazuje oko 25% djece.

Djeca obrasca C označena su kao *anksiozno-opiruća*³. Ona tijekom postupka pokazuju znake uznemirenosti, a posebno tijekom odvajanja. Ponovni sastanak s majkom dovodi do mješavine olakšanja što je vide i ljutnje prema njoj. S obzirom da nisu sigurna u dostupnost svojih skrbnika, pokazuju ljutito opiranje koje služi zadržavanju skrbnika u svojoj blizini. Oko 10% djece reagira na taj način.

U daljnjim istraživanjima metodom nepoznate situacije Main i Solomon (1986., prema Main, 2004) identificirali su i opisali i četvrti, *dezorganizirani (dezorijentirani)*⁴ stil privrženosti, koji pokazuje manja skupina djece. Djeca obrasca D u nepoznatoj situaciji pokazuju zbunjenost, često stereotipne reakcije ili „zaleđenost“ kod ponovnog susreta s majkom, privrženost usmjerena strancu kad se skrbnik vrati ili čak strah od skrbnika (Main, 2004).

Djeca okarakterizirana kao anksiozno-izbjegavajuća, anksiozno-opiruća te nesigurno-dezorganizirana (dezorijentirana) se svrstavaju u skupinu nesigurno privržene djece. Takva djeca nisu imala iskustva sa skrbnikom koji bi bio konzistentno dostupan i utješio ih kada se opasnost ukazala, nego su njihovi skrbnici bili neosjetljivi ili nekonzistentno osjetljivi na djetetovo traženje pažnje. Takva djeca ne mogu bez straha istraživati okolinu, što nepovoljno utječe na njihovo samopouzdanje i uspješno ovladavanje okolinom.

1.1.4. Unutarnji radni model

Unutarnji radni model predstavlja mentalnu reprezentaciju sebe i drugih koju dijete razvija kroz rana iskustva s figurom privrženosti (Bowlby, 1973). U odnosu privrženosti

² U literaturi se često koriste i termini nesigurno-izbjegavajuća i anksiozno-izbjegavajuća privrženost, engl. Anxious-avoidant insecure attachment (Group A)

³ Anxious-resistant insecure attachment (Group C). U literaturi se ponekad koristi i termin ambivalentna privrženost

⁴ Insecure-disorganized/disoriented attachment (Group D).

unutarnji radni modeli pomažu članovima dijade (roditelj i dijete) da anticipiraju, protumače i upravljaju međusobne interakcije (Bretherton i Munholland, 2008).

Na primjer, dijete može razviti neka očekivanja u vezi s ponašanjem majke kao rezultat vrste njege koje mu ona pruža. Ako ona reagira brzo i pouzdano na njegove znakove neugode i traženja brige, dijete može razviti očekivanja da će majka biti dostupna ako to ustreba, te je manje vjerojatno da će ono plakati ako bude ostavljeno samo. Slično tome, skrbnik može razviti unutarnji radni model djeteta koji ga navodi na to da očekuje da će dijete biti željno interakcije s njim. Kao rezultat toga, bit će vjerojatnije da će se skrbnik igrati s djetetom (Crowell i Feldman, 1991, prema Vasta, Haith i Miller, 2004).

Ukoliko dijete ima unutarnji radni model figure privrženosti koji je dostupan i osjetljiv na njegove potrebe razvija se sigurna privrženost, a ukoliko dijete nema takav model figure privrženosti (majke) ono je nesigurno privrženo (Cassidy, 2008). Main, Kaplan i Cassidy (1985, prema Collins i Read, 1990) također smatraju da individualne razlike u stilovima privrženosti u pozadini imaju individualne razlike u mentalnim reprezentacijama sebe u vezama privrženosti, te da se sigurni i razne vrste nesigurnih stilova privrženosti najbolje razumiju u terminima određenih tipova mentalnih modela veza, modela koji usmjeravaju ne samo emocije i ponašanje, nego i pažnju, pamćenje i mišljenje. Unutarnji radni modeli uključuju emocije, vjerovanja, očekivanja, strategije i pravila za selektivnost pažnje, interpretaciju informacije i organizaciju memorije.

Kao nesvjesni konstrukt, unutarnji radni model je važan jer se njime objašnjavaju efekti ranog iskustva na kasniji razvoj i ponašanje, objašnjavaju se utjecaji subjektivnih iskustava na razvoj i ponašanje, objašnjavaju reakcije u novim situacijama u kojima se manifestira privrženost, omogućuje razumijevanje privrženosti kao spona koja povezuje ljude kroz prostor i vrijeme (Crowel i Treboux, 1995).

Tako će sigurno privrženo dijete, koje pohrani unutarnji model responzivne, pouzdane i voljene figure privrženosti i sebe kao vrijednog ljubavi i pažnje, navedene pretpostavke prenositi i u druge interakcije. Nesigurno privrženo dijete, koje vanjski svijet percipira opasnim i prijetećim, drugima će pristupati s najvećim oprezom, a sebe će doživljavati kao neefikasno i nevrijedno ljubavi. Navedene su pretpostavke relativno trajne i nepromjenjive. Generalizirana slika odnosa sa skrbnikom tako može postati iskrivljena nekoherentna slika svijeta. Bowlby (1979, prema Carlson i Sroufe, 1995) ističe da se unutarnji radni modeli grade kroz djetinjstvo i adolescenciju kao rezultat prošlih individualnih iskustava privrženosti. U oblikovanju očekivanja u odnosima značajnijima se pokazuju rana iskustva na osnovi kojih

se interpretiraju i buduća. Također, kada se dijete suočava s dvosmislenim informacijama veća je vjerojatnost da će ih interpretirati sukladno primarnom unutarnjem radnom modelu.

Putem unutarnjeg radnog modela, stil privrženosti iz djetinjstva se prenosi kroz čitav život, pa i sljedećim generacijama kroz roditeljsko ponašanje. Bowlby (1973, 1988, prema Bretherton i Munholland, 2008) je definirao dva procesa putem kojih unutarnji radni modeli sigurne i nesigurne privrženosti mogu bit preneseni s roditelja na dijete: kvaliteta interakcije i otvorena komunikacija o emocijama i odnosima. Kao i drugi psihoanalitičari (npr. Stern) Bowlby se primarno usmjerio na ulogu roditeljske neadekvatne komunikacije u stvaranju neorganiziranih ili konfuznih unutarnjih radnih modela djeteta, ali je također priznavao da roditelji igraju pozitivnu ulogu u pomaganju djetetu da izgradi adekvatne radne modele kroz emocionalno otvoren dijalog. Bowlby je smatrao da iskustvo otvorene komunikacije u primarnoj obitelji omogućuje budućim skrbnicima da isti stil komunikacije prenesu i na vlastitu djecu. U prilog navedenim pretpostavkama idu rezultati istraživanja koje su proveli George, Kaplan i Main (1985, prema Vasta, Haith i Miller, 2004). Koristeći Intervju privrženosti odraslih, od majki su tražili da opišu svoje odnose privrženosti iz djetinjstva, na temelju čega su ih klasificirali u tri skupine. Majke koje podržavaju djetetovu samostalnost prikazale su objektivnu i uravnoteženu sliku svoga djetinjstva, govoreći i o pozitivnim i negativnim iskustvima; odbacujuće majke tvrdile su da imaju poteškoća u dosjećanju događaja iz djetinjstva i čini se da su mu pridavale malu važnost; zaokupljene majke opširno su govorile o svojim ranim iskustvima, često ih opisujući na zbrkan i izrazito emocionalan način.

1.1.5. Privrženost u adolescenciji i odrasloj dobi

Iako je Bowlby (1979, prema Hazan i Zeifman, 2008) primarno bio usmjeren na razumijevanje prirode odnosa između djeteta i skrbnika, vjerovao je da privrženost određuje ljudske doživljaje tijekom cijelog života. Unatoč tome, istraživači su se počeli baviti tim pitanjem tek sredinom 80-ih godina prošlog stoljeća. Istraživanja na području privrženosti u odrasloj dobi oslanjaju se na dvije Bowlbyeve pretpostavke: 1) da je organizacija privrženosti stečena u ranom djetinjstvu relativno stabilna kroz čitav život, i 2) da su veze sa romantičnim partnerima prototip privrženosti u odrasloj dobi.

Iako se ne manifestira na isti način, privrženost je prisutna tijekom cijelog životnog ciklusa. Sigurna baza, koju u ranom djetinjstvu predstavljaju roditelji, u adolescenciji je važna u nekim kriznim situacijama, u vrijeme prijetnje ili bolesti (Colin, 1996). Kada se osoba

fizički odvoji od roditelja, roditelji joj i dalje služe kao izvor podrške. Odnos postaje u većoj mjeri simetričan u odnosu na ranije asimetrične odnose. Kobak i Duemmler (1994, prema Allen, 2008) ističu da je jedna od najvažnijih karakteristika odnosa privrženosti adolescenata s roditeljima mogućnost promjene privrženog ponašanja uslijed razvoja komunikacijskih vještina, kao i mogućnosti zauzimanja druge perspektive, što rezultira smanjenjem oslanjanja na roditelje kao figure privrženosti. Značajan kognitivni razvoj i povećanje kapaciteta za mišljenje na razini formalnih operacija, uključujući logično i apstraktno rezoniranje omogućuju adolescentima da svoje iskustvo privrženosti u većoj mjeri integriraju i generaliziraju (Allen, 2008).

Bowlby je vjerovao da su veze u kojima romantični partneri jedno drugom služe kao izvor sigurnosti, prototipovi privrženosti u odrasloj dobi. Roditelji ostaju trajne komponente u hijerarhiji privrženosti, ali s vremenom zauzimaju sekundarnu poziciju po važnosti, a najvažnije figure privrženosti postaju romantični partneri. Prvi istraživači koji su istraživali Bowlbyjeve ideje o privrženosti u kontekstu romantičnih veza bili su Hazan i Shaver (1987, prema Crowell, Fraley i Shaver, 2008). U svojim su istraživanjima utvrdili da je emocionalna veza koja se razvija između romantičnih partnera djelomično u funkciji istog motivacijskog sustava kao i emocionalna veza koja se razvija između djeteta i skrbnika. Istaknuli su niz ponašanja zajednička emocionalnoj vezi između romantičnih partnera i emocionalnoj vezi između djeteta i skrbnika: osjećaj sigurnosti kada je druga osoba u blizini, korištenje figure privrženosti kao sigurne baze za druga ponašanja i utočišta u uvjetima pojačanog stresa, sposobnost figure privrženosti da utješi, prisutnost bliskog i intimnog tjelesnog kontakta, osjećaj nesigurnosti kada je druga osoba nedostupna, usmjerenost na drugoga i opčinjenost drugom osobom.

U ljubavnoj vezi također se može prepoznati evolucijski značaj privrženosti kao sustava koji omogućuje preživljavanje. Puno je lakše preživjeti kada osoba ima nekoga na koga se može osloniti, slično kao i dijete o kojem se netko brine. Osim toga, dvoje ljudi u romantičnoj vezi imaju vjerojatnost da i sami postanu roditelji i omoguće daljnji nastavak vrste. Veća je vjerojatnost preživljavanja djeteta o kojem se brinu dvije, a ne samo jedna osoba, što ide u prilog važnosti privrženosti partnera koji jedno drugome predstavljaju sigurnu bazu, kao i svome djetetu, kada se ciklus ponavlja (Colin, 1996).

Istraživanja upućuju na važnost unutarnjih radnih modela u kasnijim ljubavnim vezama i bračnim odnosima (Brenan i Shaver, 1995). U odabiru partnera i izgrađivanju kvalitete odnosa, pojedinci s organiziranim modelom koji je otvoren novim informacijama, u prednosti su u odnosu na pojedince koji imaju nekoherentne modele. Hazan i Shaver (1987)

navode kako osobe s različitim stilom privrženosti različito doživljavaju važne ljubavne odnose. Sigurni radni model osobi će omogućiti otvoreno komuniciranje, točnije interpretiranje partnerovih emocionalnih reakcija, odbacivanje neodgovarajućih partnera te doživljavanje partnera kao prijatelja od povjerenja. Osobe s opirućim modelom privrženosti lako se zaljubljuju i pretjerano su ovisni o svome partneru, na manje znakove neresponzivnog ponašanja reaguju s neodgovarajućom ljutnjom i manipuliraju partnerom. Izbjegavajući model privrženosti može kod osobe dovesti do poteškoća u stjecanju povjerenja u partnera, kao i u priznavanju emocionalne potrebe za intimnim odnosima. Ovaj je stil odnosa povezan s ranim iskustvom emocionalne ranjivosti uzrokovane roditeljskim odbacivanjem.

1.1.6. Metode ispitivanja privrženosti u adolescenciji i odrasloj dobi

U početku su empirijska istraživanja privrženosti bila usmjerena na privrženost između djeteta i skrbnika, da bi se početkom i sredinom 80-ih godina prošlog stoljeća istraživači počeli okretati istraživanju privrženosti starije djece i odraslih. George, Kaplan i Main (1984, 1985, prema Crowell, Fraley i Shaver, 2008) su konstruirali *Intervju privrženosti odraslih*⁵, koji je jedan od najkorištenijih metoda procjene privrženosti odraslih. Ispituje reprezentativne modele stvorene u djetinjstvu i njihov utjecaj na sadašnje veze. Na temelju dobivenih odgovora pojedinac se svrstava u jednu od tri kategorije: autonomnost, odbijanje ili preokupiranost, koje korespondiraju sigurnom, izbjegavajućem i opirućem tipu privrženosti dojenčadi prema M. Ainsworth. U kodiranju odgovora nije relevantan samo sadržaj odgovora, nego i način odgovaranja, kao i pokušaj otkrivanja nesvjesnih procesa (George, Kaplan i Main, 1985), pri čemu je važna koherentnost i konzistentnost izlaganja kojima se pokušavaju razotkriti aspekti privrženosti kojih osoba nije svjesna. Odgovori se interpretiraju na temelju opisa iskustava u djetinjstvu; uporabljenoga jezika; sposobnosti davanja integriranih odgovora koji se doimaju vjerojatnima. Na osnovi odgovora koriste se skale kojima se određuje iskustvo u odnosu na svakog roditelja: majčina i očeva ljubav, odbacivanje, zanemarivanje, uključivanje i prisila. Ostale se skale odnose na stil izlaganja: sveukupna koherentnost izlaganja, idealiziranje, ustrajnost na nemogućnosti dosjećanja, aktivna ljutnja, ponižavanje, strah od gubitka, pasivnost izlaganja.

Osobe koje se klasificiraju kao sigurne opisuju različita iskustva iz djetinjstva, uravnotežene rane odnose, vrednuju odnose privrženosti i ta iskustva smatraju utjecajnim za razvoj. S lakoćom mogu integrirati pozitivne i negativne aspekte osjećaja. Tolerantni su s

⁵ Adult Attachment Interview (AAI)

obzirom na tuđe i svoje pogreške, ne idealiziraju roditelje i sposobni su oprostiti im propuste. Kao što sigurno privrženo dijete može uspostaviti ravnotežu između privrženosti i potrebe za istraživanjem, tako i sigurna odrasla osoba može balansirati između potrebe za figurom privrženosti i nezavisnosti.

Nesigurni pojedinci imaju teškoća u dosjećanju i integriranju iskustava. Nesigurni odbijajući poriču ili omalovažavaju utjecaj ranih odnosa privrženosti. Kod njih se javljaju dva oblika opisa. S jedne strane njihova su semantička i epizodička sjećanja nerijetko kontradiktorna. Istovremeno mogu roditelja opisati kao idealnog, ali i iskazati svoja iskustva odbačenosti ili iznimne usamljenosti. S druge strane inzistiraju na teškoćama dosjećanja specifičnih situacija, uz obrambenu uključenost važnosti iskustva privrženosti.

Preokupirani su konfuzni u dosjećanju prošlih iskustava, a opisi dosadašnjih odnosa s roditeljima obilježeni su otvorenom ljutnjom ili pasivnošću. U njihovom dosadašnjem odnosu oni su još uvijek ovisni o roditeljima, i dalje se trude udovoljiti im. Kod njih se u najvećoj mjeri javljaju jezične nejasnoće, nagli prekidi, te poteškoće korištenja prošlog vremenskog oblika u opisu odnosa.

Kao što je prethodno spomenuto, Hazan i Shaver (1987) su prvi istraživači koji su istraživali privrženost u romantičnim vezama. Upitnik koji su konstruirali; *Stil privrženosti odraslih*⁶, također je kategorijalan. Uključuje povezanost između stilova odrasle privrženosti i stila privrženosti u djetinjstvu, pri čemu ispitanici sami sebe klasificiraju u jedan od tri tipa privrženosti prema vlastitom sjećanju. Sigurni tip privrženosti odlikuje lakoća zbližavanja s drugima, spremnost da ovise o drugima i da drugi ovise o njima. Izbjegavajući tip okarakteriziran je neugodom pri zbližavanju s drugima, nepovjerenjem prema tim drugima i nespremnošću da ovise o njima. Pojedinci koji se opisuju ambivalentnim tipom smatraju da drugi nisu spremni zbližiti se s njima koliko bi oni to htjeli, žele biti jako bliski s partnerima i boje se da će ih partneri napustiti.

Opisani model autora Hazan i Shaver (1987) proširili su Bartholomew i Horowitz (1991), koji su konstruirali *Upitnik odnosa*⁷. Oni privrženost dijele na sigurni, zaokupljeni, odbijajući i plašljivi tip. U podlozi četverodjelne tipologije privrženosti nalaze se dvije dimenzije: model o sebi i model o drugima. Model o sebi može biti pozitivan (sebe vide kao vrijedne ljubavi i pažnje) ili negativan (misle da ne zavrjeđuju ljubav). Isto tako i model o drugima može biti pozitivan (vide druge kao dostupne i brižne), ili negativan (vide druge kao nepouz dane ili odbijajuće). Modeli o sebi i drugima grade se na iskustvu s figurama

⁶ Adult Attachment Style (AAS)

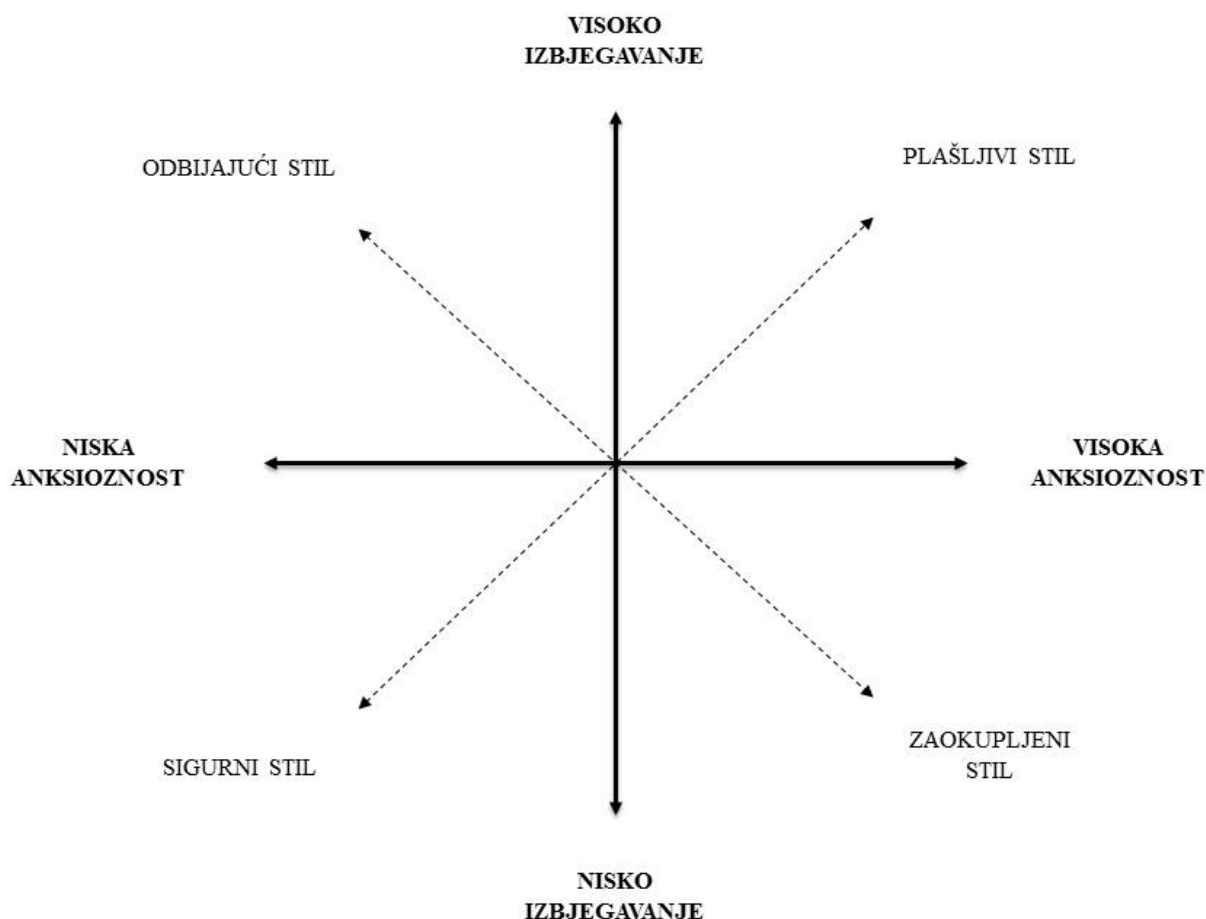
⁷ The Relationship Questionnaire (RQ)

privrženosti. Dijete procjenjuje kakvo je ono samo i kakvi su drugi ljudi iz načina na koji ga roditelji vide i kako se ponašaju prema njemu. Ta internalizirana iskustva iz djetinjstva grade unutarnje radne modele o sebi i drugima i time utječu na interpersonalne odnose tijekom cijelog života.

Iako su do sada opisani upitnici služili za ispitivanje povezanosti između stilova privrženosti i funkcioniranja odnosa u adolescenciji i odrasloj dobi, još uvijek nisu bili u potpunosti adekvatni za testiranje hipoteze prema kojoj se iste vrste individualnih razlika u djetinjstvu manifestiraju u kasnijim odnosima.

Brennan, Clark i Shaver (1998) su na temelju empirijskih istraživanja konstruirali *Upitnik iskustva u bliskim odnosima*⁸. Autori su kroz istraživanja došli do nalaza koji sugeriraju postojanje dvije temeljne bipolarne ortogonalne dimenzije u podlozi odrasle privrženosti (Slika 1). Jedna dimenzija je nazvana *anksioznost*. Anksiozna privrženost se može razviti kada su skrbnici nekonzistentni ili nepredvidljivi. Da bi održala odnos s takvim roditeljima djeca „hiperaktiviraju“ sustav privrženosti. Osobe koje postižu visok rezultat na ovoj varijabli sklone su brinuti jesu li njihovi roditelji dostupni, responzivni, pažljivi itd. Osobe koje postižu nizak rezultat na varijabli anksioznost u većoj su mjeri sigurni u dostupnost i responzivnost roditelja. Druga dimenzija je nazvana *izbjegavanje*. Izbjegavajuća privrženost se razvija kada pojedinci svoje roditelje doživljavaju odbijajućima ili nedostupnima, radi čega svoj sustav privrženosti „deaktiviraju“, te obrambeno umanjuju potrebu za odnosima. Osobe smještene na negativnom kraju ove dimenzije (visoko izbjegavanje) nisu sklone osloniti se na druge niti su otvoreni prema drugima. Osobe smještene na pozitivni kraj dimenzije izbjegavanje (nisko izbjegavanje) osjećaju se ugodno u prisnim i intimnim odnosima te se osjećaju ugodno ukoliko ovise o drugima ili ako drugi ovise o njima.

⁸ Experience in close relationship (ECR)



Slika 1. Dvije temeljne ortogonalne bipolarne dimenzije odrasle privrženosti i četiri stila privrženosti koje proizlaze iz temeljnih dimenzija (Bartholomeow, 1990).

Ovi nalazi su izrazito značajni zbog rezultata statističke analize obrazaca ponašanja kod dojenčadi u nepoznatoj situaciji, koji također otkrivaju dvije dimenzije: jedna dimenzija obuhvaća anksioznost, a druga dimenzija obuhvaća spremnost djeteta za korištenje roditelja kao podrške i kao sigurne baze (Fraley i Spieker, 2003). Ove dvije dimenzije nađene kod djece funkcionalno su slične dvjema dimenzijama nađenima kod odraslih, što sugerira da slični uzorci privrženosti postoje tijekom cijelog života.

U svjetlu nalaza Brennan, Clark i Shaver (1998), većina istraživača u definiranju i mjerenju individualnih razlika u privrženosti koristi dimenzionalni, a ne kategorijalni pristup (Fraley i Waller, 1998), što pretpostavlja da su stilovi privrženosti konstrukti koji variraju u stupnju, a ne po vrsti. Ipak, na temelju rezultata ispitanika na dvije dimenzije, moguće ih je razvrstati i u jednu od četiri kategorije.

U skladu s navedenim, te s obzirom na terminološke razlike, vrijedi sljedeće: osobe koje formiraju siguran stil privrženosti u djetinjstvu također pokazuju sigurnu privrženost u

odrasloj dobi (Ogden, Minton i Pain, 2006), pojedinci koji su imali anksiozno-izbjegavajući stil privrženosti u djetinjstvu najvjerojatnije će imati odbijajući stil privrženosti u odrasloj dobi, djeca koja imaju anksiozno-opirući stil privrženosti razvit će zaokupljenu privrženost, te konačno pojedinci koji su odrasli sa dezorganiziranim (dezorijentiranim) stilom najčešće će razviti plašljivi stil privrženosti.

Fraley, Waller i Brennan (2000) su revidirali postojeći Upitnik iskustva u bliskim odnosima. Oba instrumenta daju rezultat na dvije dimenzije; anksioznost i izbjegavanje, a *Revidirani upitnik iskustava u bliskim odnosima*⁹ korišten je u ovom istraživanju.

1.2. EMOCIONALNA REGULACIJA

1.2.1. Razvoj emocija i emocionalne regulacije

Emocije su osnovni fenomen ljudskog funkcioniranja i obično imaju adaptivnu vrijednost u povećanju učinkovitosti postizanja ciljeva pojedinca. One informiraju druge o unutrašnjem stanju i namjerama pojedinca (Nykliček, Vingerhoets i Zeelenberg, 2010). Emocije su prva sredstva komunikacije između djeteta i odraslih, te imaju važnu ulogu u odnosu roditelj-dijete. One signaliziraju potrebu za hranom, toplinom, blizinom, ljubavlju. Premda emocije imaju univerzalne aspekte, koji se temelje na našoj potrebi za komunikacijom s drugima i za dobivanjem pažnje i zaštite u dojenačkoj dobi, različiti pojedinci na različite načine doživljavaju i pokazuju emocije. Osim u doživljavanju emocija, individualne razlike se pojavljuju i u načinu na koji se te emocije reguliraju (Oatley i Jenkins, 2007). Primjerice, obrasci izražavanja emocija pod snažnim su utjecajem dobi djeteta i stupnja njegova razvoja. Plakanje je dugotrajnije i intenzivnije kod djece dojenačke dobi nego kod starije djece. Ispadi bijesa najuobičajeniji su tijekom druge godine života, a nakon toga njihov intenzitet slabi.

Sposobnost upotrebe jezika važan je činitelj koji utječe na način na koji djeca reguliraju svoje emocije. Kako djeca uče govoriti, tako mogu pričati o tome što ih uznemiruje ili ljuti, a ne moraju više komunicirati samo putem izraza lica ili gestama (Kopp, 1992, prema Oatley i Jenkins, 2007). Sposobnost govorenja o emocionalnim pitanjima može imati značajan učinak na djetetov odnos s roditeljima, jer djeca postaju sposobna prepirati se umjesto pribjegavati tjelesnom nasilju, čekati umjesto vikati, obuzdati svoju nestrpljivost

⁹ Experience in close relationship-revised (ECR-R)

umjesto da bijesno eksplodiraju (Dunn i Brown, 1991, prema Oatley i Jenkins, 2007). Razvoj pokretljivosti također ima važan učinak: kada se djeca počinju kretati i kada mogu sama zadovoljiti neke od svojih želja, njihova se potreba za vrlo intenzivnim sustavom signaliziranja smanjuje. Razvojne promjene u neurofiziologiji također doprinose promjenama u emocionalnoj stabilnosti i kontroli emocionalnog uzbuđenja.

Razvoj regulacije emocija usko je povezan s modulacijom izražavanja emocija, koju u početku potiču roditelji, a potom je dijete počinje internalizirati. Kopp (1989, prema Oatley i Jenkins, 2007) primjerice tvrdi da regulacija počinje onda kada roditelj dijete tješi. Plakanje ima vrlo snažan učinak na roditelje i oni ga pokušavaju smanjiti, modulirajući emociju podizanjem djeteta na ruke, tješanjem, ljuljanjem itsl. Naglasak je na obuzdavanju, građenju povjerenja i intimnosti; na temelju toga dijete postaje sposobno utješiti samo sebe.

Cicchetti, Ganiban i Barnett (1991, prema Oatley i Jenkins, 2007) razradili su različite stupnjeve ili zadatke koji su uključeni u regulaciju emocija. Neuspjeh u jednom stupnju ima posljedice na uspješnost regulacije u drugim stupnjevima. U prvim mjesecima zadatak je postići stabilnost funkcioniranja. Kada dijete postane previše uznemireno, mora se ponovno vratiti u stanje u kojem je sposobno funkcionirati. To se postiže na taj način što je dijete sposobno signalizirati svoju uznemirenost, a roditelj na to reagira pomažući mu da se umiri. Tijekom sljedećih nekoliko mjeseci emocije se izražavaju tako da socijalna interakcija između roditelja i djeteta postaje od središnje važnosti. Razvijaju se i neurološki sustavi, tako da dijete može inhibirati neke emocionalne izraze i istodobno biti sposobno samo sebe utješiti. Krajem prve godine života središnje pitanje postaje privrženost, nastupa stadij održavanja bliskosti sa specifičnom osobom te dijete postaje potpuno privrženo jednom skrbniku. U to vrijeme emocije, spoznaja i sustavi ponašanja postaju organizirani tako da osiguravaju blizinu roditelja i njegovu emocionalnu dostupnost. Iz interakcija s roditeljem stvaraju se mentalne predodžbe o tome kada je, gdje i na koji način roditelj dostupan. Prema tome, i dijete i roditelji reguliraju svoje emocije u skladu s onime što se može očekivati od druge strane. Sljedeći stupanj odnosi se na razvoj pojma o sebi i samoregulacije. U to vrijeme dijete počinje razvijati shvaćanje sebe kao nezavisnog bića. Proces regulacije od pretežno senzomotoričkih sve više postaju simbolični. Djeca počinju razmišljati o događajima, počinju pronalaziti različite načine njihova tumačenja i počinju mislima umirivati sama sebe.

Kao što možemo vidjeti, emocije i regulacija emocija od početka su integrirane u jedan proces koji odražava pokušaj osobe da se prilagodi izazovima s kojima se susreće u svijetu. Ljudi se suočavaju s problemima, ali i sa rješenjima problema, kao i s načinima za njihovo rješavanje s ciljem adaptacije na zahtjeve svijeta u kojem žive. I emocije i regulacija

emocija su usmjereni na način na koji se osoba nosi sa problemom i na adaptaciju na rekonstruiranu prošlost, prisutnu sadašnjost i očekivanu budućnost (Campos, Frankel i Camras, 2004).

1.2.2. Definicija i svojstva emocija

Prije definiranja samog pojma emocija, radi jasnijeg shvaćanja, bitno je objasniti pojmove afekta i raspoloženja. Russel i Barret (1999, prema Kring i Werner, 2004) tvrde da afekt ili srž afekta odražava osjećajna stanja koja su uvijek prisutna i čine jednu od mnogo komponenti “prototipne emocionalne epizode”. Ove epizode se događaju kao odgovor na neki događaj bilo unutarnji, bilo vanjski, i sastoje se od kognitivne, ponašanje, osjećajne i fiziološke komponente. Raspoloženja su prema njima srž afekata koja traju duži period vremena. Pojam afekt se odnosi na osjećajno stanje; emocije su sastavljene od višestrukih komponenti od kojih je samo jedna osjećajno stanje i javljaju se kao odgovor na neki objekt, osobu, situaciju, bilo stvarnu ili zamišljenu (Russel i Barret, 1999, prema Kring i Werner, 2004).

Emocija je poseban vid afekta kao najšire nadređene kategorije koja obuhvaća sva pozitivna i negativna stanja. Do nastajanja emocije dolazi kada vanjski ili unutarnji događaj signalizira pojedincu da se nešto važno događa. Kada se ovi emocionalni signali procijene na odgovarajući način, oni pokreću set tendencija ka reagiranju koje uključuju iskustvenu, ponašajnu i fiziološku komponentu. Emocionalni odgovori pripremaju organizam za akcije primjerene situaciji koje olakšavaju preživljavanje vrsta i jedinki tijekom evolucije (Rottenberg i Gross, 2007).

Prvobitne definicije emocija naglašavaju tipična svojstva koja ne moraju biti prisutna u svakom emocionalnom odgovoru. Jedno od svojstava emocije je njen okidač, ili situacija koja joj prethodi. Emocija počinje sa psihološki relevantnom situacijom, koja može biti vanjska ili unutrašnja. Drugo svojstvo emocije je pažnja. Bilo vanjska ili unutrašnja, na situaciju se mora usmjeriti pažnja kako bi se emocija mogla doživjeti. Treće svojstvo je procjena. Kada se na situaciju obrati pažnja, ona se procjenjuje prema njenoj važnosti za trenutačne ciljeve. Ciljevi su temeljeni na vrijednostima pojedinca, njegovoj личности i kulturnom okruženju. Emocionalni odgovor je četvrto svojstvo emocije. On uključuje usklađen set tendencija ka odgovoru, uključujući iskustvenu, ponašajnu i fiziološku komponentu. Iskustvena komponenta je poznata u svakodnevnom govoru kao “osjećaj” te se nerijetko koristi umjesto termina emocija. Peto svojstvo emocije je fleksibilnost. Kada se jednom pokrene, emocija ne slijedi uvijek utvrđen i predvidljiv smjer. Emocije mogu

prekinuti ono što radimo i nametnuti se našoj svijesti. Ipak, one se moraju nadmetati sa drugim odgovorima na datu situaciju koji ih mogu i savladati. Ova karakteristika je vrlo važna za regulaciju emocija jer dovodi do mogućnosti regulacije (Werner i Gross, 2009).

1.2.3. Definicija emocionalne regulacije

Emocionalna regulacija je pojam koji se upotrebljava na različite načine. Neki ga istraživači koriste kako bi ukazali na individualne razlike u intenzitetu, frekvenciji i trajanju emocija, dok drugi istraživači, poput Cassidyja (1994, prema Oatley i Jenkins, 2007) pojam regulacije emocija upotrebljavaju kako bi uputili na ravnotežu emocija koje neki pojedinac pokazuje. Gross (1998, prema Gross 2014) emocionalnu regulaciju definira kao procese kojima pojedinci utječu na to koje će emocije doživjeti, kada će ih doživjeti i kako će ih izraziti. On smatra kako prepoznavanje i razumijevanje vlastitih emocionalnih stanja čini osnovu za regulaciju koja uključuje i procese nadgledanja, evaluiranja i modificiranja. Prema tome, emocionalna regulacija se odnosi na to kako su pojedine emocije regulirane, a ne kako emocije reguliraju druge procese.

Emocionalna regulacija obuhvaća mnogo više od smanjenja negativnih emocija, ona uključuje pojačavanje, održavanje i smanjivanje negativnih, ali i pozitivnih emocija (Parrott, 1993, prema Gross, 2002). Thompson (1994, prema Oatley i Jenkins, 2007) navodi da se emocionalna regulacija sastoji od unutarnjih i vanjskih procesa odgovornih za motrenje, procjenjivanje i mijenjanje emocionalnih reakcija, posebice njihovih intenzitetnih i vremenskih obilježja, a u svrhu postizanja ciljeva.

S obzirom da su emocije multikomponentni procesi, koji nisu statični te se tijekom vremena razvijaju i mijenjaju, emocionalna regulacija obuhvaća promjene u dinamici emocija, promjene njihovog intenziteta, trajanja, te emocionalne odgovore u ponašajnim, iskustvenim i psihološkim domenama (Gross, 2002). Emocionalna regulacija također uključuje način na koji su komponente emocionalnog odgovora međusobno povezane uslijed promjene emocija npr. kada se javlja fiziološka reakcija bez ekspresije.

1.2.4. Temeljna obilježja emocionalne regulacije

Prvo temeljno obilježje emocionalne regulacije je aktiviranje cilja kako bi se modificirao proces nastanka emocija (Gross, Sheppes i Urry, 2011, prema Gross, 2014). Ovaj cilj može biti aktiviran unutar same osobe ili u nekome drugome. U prvom slučaju, ukoliko

osoba regulira svoje vlastite emocije govorimo o intrinzičnoj emocionalnoj regulaciji, a u drugom slučaju, ukoliko osoba nastoji regulirati tuđe emocije, radi se o ekstrinzičnoj emocionalnoj regulaciji. Istraživači koji rade s odraslima u pravilu se fokusiraju na intrinzičnu emocionalnu regulaciju, dok se istraživači koji rade s djecom obično fokusiraju na ekstrinzičnu emocionalnu regulaciju. Valja istaknuti da se u određenim situacijama intrinzična i ekstrinzična emocionalna regulacija pojavljuju istovremeno, primjerice kada osoba regulira emocije druge osobe (ekstrinzična emocionalna regulacija), ali s ciljem da umiri sebe (intrinzična emocionalna regulacija).

Drugo temeljno obilježje emocionalne regulacije je pokretanje procesa koji su odgovorni za promjenu smjera emocija. Brojni procesi mogu biti aktivirani s ciljem regulacije emocija, a ti procesi znatno variraju prema stupnju u kojem su eksplicitni, odnosno implicitni. Mnogi procesi kojima reguliramo emocije su eksplicitni, pa prema tome i svjesni, npr. kada prije javnog nastupa nastojimo izgledati smireno, iako smo anksiozni. Međutim, proces regulacije emocija također može biti implicitan te se može odvijati bez svjesne namjere, npr. prilikom brzog skretanja pozornosti od potencijalno uznemirujućih sadržaja. Navedeni se procesi obično promatraju kao kontinuum koji se proteže od eksplicitne, svjesne, namjerne i kontrolirane regulacije, pa sve do implicitne, nesvjesne, nenamjerne i automatske regulacije.

Treće temeljno obilježje emocionalne regulacije jest njezin utjecaj na dinamiku emocija (Thompson, 1990, prema Gross, 2014), odnosno na latenciju, jačinu, vrijeme trajanja i neutraliziranje emocija. Ovisno o ciljevima pojedinca, emocionalna regulacija može povećati ili smanjiti latenciju, jačinu, vrijeme trajanja i neutraliziranje emocija (u usporedbi s emocionalnim odgovorom bez djelovanja emocionalne regulacije). Emocionalna regulacija također može, prilikom nastanka emocija, promijeniti stupanj u kojem se pojedine komponente emocionalnog odgovora međusobno poklapaju.

1.2.5. Procesni model emocionalne regulacije

Procesni model emocionalne regulacije predložio je James Gross (1998, prema Gross, 2014), teoretičar i istraživač emocija sa Sveučilišta Stanford. Ovaj model procesuiranja informacija temelji se na *modalnom modelu emocija*, koji pretpostavlja da se proces nastanka emocija odvija određenim redoslijedom. Proces započinje emocionalno relevantnom situacijom (stvarnom ili imaginarnom), na koju se usmjerava pažnja. Zatim dolazi do procjene tog emocionalnog stanja, na kojoj se temelji emocionalni odgovor (Gross, 2014).

Procesni model emocionalne regulacije ističe pet glavnih fokusnih točaka, a prema tome i strategija, koje se javljaju za vrijeme emocionalne regulacije: odabir situacije, modifikacija situacije, usmjeravanje pažnje, kognitivna promjena i modulacija odgovora (Gross, 1998, prema Gross, 2014). Prve četiri strategije se aktiviraju prije emocionalnih reakcija, dok se peta strategija inicira kada je već došlo do emocionalnog odgovora (Bloch, Moran i Kring, 2009).

Odabir situacije se odnosi na ponašanje prihvatanja ili izbjegavanja određene situacije, te predstavlja pokušaj da se poveća ili smanji mogućnost doživljavanja određene emocije. Ukoliko se odabir situacije koristi dugo ili nefleksibilno, može održavati psihopatologiju (npr. izbjegavajući poremećaj ličnosti). Kako bi ova strategija bila adaptibilna, potrebno je predvidjeti koju vrstu emocionalnog iskustva induciraju određene situacije. Primjerice, osobe sa depresijom često podcjenjuju koliko će uživati u određenom događaju te ga izbjegavaju. Socijalno povlačenje u depresiji se koristi za izbjegavanje trenutnog osjećanja tuge ili dugotrajnijeg raspoloženja koji socijalni događaj može izazvati. No, dugoročni efekti povlačenja iz aktivnosti i odnosa vodi lošijem zdravlju i nižoj razini kvalitete života.

Modifikacija situacije se odnosi na pokušaje koje činimo da određenu situaciju promijenimo. Adaptivni način modifikacije situacije predstavljaju strategije srodne aktivnom suočavanju sa stresom. Neadaptivna upotreba modifikacije situacije će potpuno spriječiti izlaganje situaciji koja izaziva strah. Modifikacija situacije je također maladaptivna ukoliko dominantno crpi kognitivne resurse, u socijalnim situacijama privlači više pažnje na osobu ili uvećava samousmjerenost i samonadgledanje situacije (Werner i Gross, 2009).

Usmjeravanje pažnje se odnosi na aspekte situacije koje biramo da bismo usmjerili pažnju, a s ciljem utjecaja na vlastite emocije. Usmjeravanje pažnje ne mijenja konfiguraciju osoba-okolina, za razliku od prve dvije strategije regulacije emocija (Werner i Gross, 2009). Vjerojatno najčešća forma usmjeravanja pažnje jest distrakcija, pri čemu osoba preusmerava pažnju na neemocionalne aspekte situacije (Werner i Gross, 2009). Primjer neadaptivne forme usmjeravanja pažnje je pretjerana briga, kao i ruminacija. Ruminacija predstavlja posvećivanje pažnje i evaluaciju misli ili osjećaja koja su povezana sa određenim događajima, obično uključuje repetitivno fokusiranje pažnje na osjećaje povezane s negativnim događajima, kao i negativnom evaluacijom njihovih posljedica.

Kognitivna promjena se odnosi na promjenu načina na koji konstruiramo značenje situacije (Werner i Gross, 2009), podrazumijeva konstruiranje situacije koja izaziva određenu emociju na način da se njen emocionalni utjecaj na osobu promijeni.

Modulacija odgovora predstavlja naš utjecaj na emocionalnu reakciju. Potiskivanje izražavanja emocija, kao najčešći oblik modulacije odgovora, uključuje inhibiciju trenutnog emocionalno-ekspresivnog ponašanja. U pravilu, neekspresivne osobe imaju veću sklonost fiziološkim odgovorima od ekspresivnih osoba. Kognitivna promjena značenja događa se rano u procesu generiranja emocija i pretpostavlja se da je u stanju izmijeniti čitav slijed emocionalnih iskustava prije nego što se emocionalni odgovori generiraju. Kognitivna promjena značenja može voditi redukciji iskustva negativnih emocija i redukciji ekspresije, zahtijeva relativno malo dodatnih kognitivnih resursa za svoje ispunjenje i rezultira interpersonalnim ponašanjem koje je adekvatno usmjereno na interakciju sa drugom osobom. Potiskivanje pak dolazi relativno kasno u procesu generiranja emocija i primarno mijenja ponašanje koje bi uslijedilo kao reakcija na emociju, pri tome ne smanjujući negativno emocionalno iskustvo. Budući da potiskivanje dolazi kasno u procesu generiranja emocija, ona zahtijeva mnogo truda u upravljanju reakcija na emociju. Potiskivanje čak može stvoriti osjećaj nejedinstva između unutrašnjeg iskustva i ekspresije, što može dovesti do osjećaja neautentičnosti i spriječiti razvoj emocionalno bliskih veza (Gross, Richards i John, 2006).

1.2.6. Emocionalna regulacija i socijalno funkcioniranje

Istraživanja su pokazala da regulacija emocija igra važnu ulogu u oblikovanju ne samo trenutnih emocionalnih iskustava i ponašanja, nego i širih i trajnijih značajki psihološkog funkcioniranja kao što je socijalno funkcioniranje (English i sur., 2012). U okviru socijalnih odnosa značajne su dvije forme emocionalne regulacije; potiskivanje ekspresije (inhibicija ponašanja komponente emocija nakon što je već izazvan emocionalni odgovor) i ponovna procjena događaja (mijenjanje značenja događaja kako bi se utjecalo na emocionalno iskustvo). Potiskivanje može biti rizični faktor za probleme u socijalnom funkcioniranju jer ometa prirodno izražavanje emocija koje obično signaliziraju želju za bliskošću s drugima. Pored toga, drugi mogu osjećati da površnije poznaju osobu sklonu potiskivanju, što uzrokuje nižu razinu bliskosti. Nasuprot tome, ponovna procjena događaja može služiti kao zaštitni faktor zato što osoba preispituje doživljaj i može izraziti više pozitivnih emocija, radi čega će vjerojatnije biti percipirana kao ugodna za druženje. U prilog ovim pretpostavkama idu nalazi istraživanja prema kojima je potiskivanje koreliralo s nižom razinom društvenih veza i socijalne podrške, bliskih odnosa, dok je ponovna procjena događaja bila pozitivno korelirana s višom razinom društvenih veza i boljim socijalnim statusom (Gross i John, 2003).

1.2.7. Emocionalna regulacija i privrženost

Kroz emocionalnu regulaciju sustav privrženosti modificira čitavo psihološko funkcioniranje pojedinca. Kod sigurno privržene osobe negativne emocije imaju komunikacijsku ulogu i nerijetko predstavljaju aktivno traženje sigurnosti. Nesigurno privržena osoba ili pretjerano iskazuje negativne emocije s ciljem pobuđivanja reakcije figure privrženosti ili inhibira negativne emocije kako bi umanjila anksioznost koju je izazvala neresponzivna figura privrženosti (Burge i sur., 1997, prema Smojver-Ažić, 1999). Reguliranje emocija u uvjetima sigurne privrženosti ima svoje podrijetlo u djetinjstvu u dobro koordiniranoj dijadnoj interakciji. Dijete se treba naučiti suočavati s problemima i frustracijama kroz samostalno kontroliranje impulsa, a samo kada je neophodno osloniti se na figuru privrženosti. Osjećaj kontrole omogućuje indirektno i osjećaj osobne kompetencije u interakciji s okolinom kroz iskustvo sigurne privrženosti. Sigurno privržene osobe lako iskazuju emocije i reagiraju na tuđe emocije. U odnosu na djecu s nesigurnom privrženosti iskazuju više pozitivnih emocija i mogu se prilagoditi zahtjevima okoline.

Kada se promatra socijalni kontekst, tada se može reći da mala djeca koja doživljavaju odbacivanje (izbjegavajuća djeca) minimaliziraju negativne afekte u nastojanju da izbjegnu nova buduća odbacivanja. Za djecu majki koje im nisu dostupne ili su dostupne samo povremeno (opiruća djeca) smatra se da ona pokušavaju pojačavati negativne afekte da bi time pokušali povećati mogućnost zadobivanja pažnje od strane majke koja je nedovoljno dostupna. Oba ova obrasca regulacije emocija imaju za cilj zadržati dijete u blizini majke i tako ostvare vlastitu zaštitu (Stern, 1983, prema Majić, 2011).

Iako su navedene strategije adaptivne u kontekstu u kojem ih djeca koriste, te zadovoljavaju zahtjevima realiteta (tj. zahtjevima nekonzistentno dostupnog skrbnika, konzistentno nedostupnog skrbnika ili neadekvatnog skrbnika), u kontekstu budućih odnosa često su vrlo neadaptivne (Shaver i Mikulincer, 2002). Osobe koje su bile nesigurno privržene u djetinjstvu, u odrasloj dobi najčešće pokazuju neadekvatne obrasce reguliranja emocija i stresa (Shaver i Mikulincer, 2014). Kada reguliraju svoje emocije izbjegavajući pojedinci nastoje inhibirati ili blokirati bilo koja emocionalna stanja koja nisu u skladu s ciljem inhibiranja sustava privrženosti. Inhibicija je aktivirana strahom, tjeskobom, ljutnjom, tugom, sramom, krivnjom i opasnošću, jer su te emocije povezane sa prijetnjom i osjećajem vulnerabilnosti. Izbjegavajući pojedinci također nastoje inhibirati ili blokirati emocionalne reakcije na potencijalne ili stvarne prijetnje dostupnosti figure privrženosti (odbijanje,

nevjeru, separaciju, gubitak). Oni često poriču ili nastoje potisnuti misli i sjećanja povezane s emocijama, nastoje skrenuti pozornost od emocionalnih sadržaja te nastoje inhibirati ili maskirati verbalne i neverbalne izraze emocija (Shaver i Mikulincer, 2007, prema Shaver i Mikulincer, 2014).

Anksiozno privržene osobe u odrasloj su dobi vođene nezadovoljenom potrebom da im figure privrženosti posvete više pažnje i pruže im više pouzdane zaštite i podrške. Stoga, oni imaju tendenciju da precjenjuju prisutnost i ozbiljnost prijetnji te prenaglašavaju njihov osjećaj bespomoćnosti i ranjivosti, jer znakovi slabosti i potrebitosti ponekad mogu izazivaju pozornost i brigu figure privrženosti (Cassidy i Berlin, 1994, prema Shaver i Mikulincer, 2014). Dakle, za razliku od izbjegavajućih pojedinaca, koji emocije inhibiraju, anksiozno privrženim pojedincima cilj je intenzivirati emocije.

1.3. BULIMIJA NERVOZA

1.3.1. Klinička slika bulimije nervoze

Bulimija nervoza se često opisuje kao sindrom prejedanja i pražnjenja, sastoji se od epizoda prejedanja nakon kojih slijedi inducirano povraćanje ili zloraba laksativa, da bi se iz tijela izbacile goleme količine hrane (Marčinko, 2013). Želja za hranom je prejak te se osobe s njom ne mogu nositi, a nakon prejedanja zbog osjećaja krivnje i straha povraćaju.

Samoinducirano povraćanje je bilo poznato još u antičkom grčkom i rimskom društvu, osobito kod viših slojeva društva. Grci i Rimljani su se na čuvenim orgijama prejedali i izazivali povraćanje u specijalno pripremljenim prostorijama „vomitoriumima“. Samoizgladnjivanje i samoinducirano povraćanje u kombinaciji s religijskim preokupacijama također je bilo prisutno i u srednjem vijeku (Harrison, 2003, prema Agras, 2010). Mišljenja su podijeljena oko toga da li bi takvi pojedinci zadovoljavali današnje kriterije za poremećaje hranjenja (Habermas, 2005, prema Agras, 2010).

Termin "bulimia nervosa" u medicinskoj literaturi prvi je upotrijebio Gerald Russell (1979, prema Keel, 2010). Sam termin „bulimia“ grčkog je porijekla i znači „bikova glad“. Russell je bulimiju nervozu (BN) definirao kao podvrstu anoreksije nervoze (AN). BN se prvi puta pojavila u DSM-III 1980. godine, kao podvrsta poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji (Davidson i Neale, 1999).

Bulimiju karakterizira jedenje enormnih količina hrane u ograničenom vremenu, obično unutar dva sata (Marčinko, 2013). Prejedaње se obično odvija u tajnosti, traje sve dok se osoba ne osjeti dovoljno „punom“. Nakon prejedanja slijedi depresivna faza sa samokritikama i osjećajem krivnje, što dovodi do potrebe za pražnjenjem, koje se provodi povraćanjem ili zloporabom laksativa. Kod ovog poremećaja može se vidjeti povećana učestalost simptoma anksioznosti ili anksioznog poremećaja, zloporabe i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, posebno o alkoholu i stimulansima te neka obilježja koja su u vezi s jednim ili više poremećaja ličnosti.

Učestalo pražnjenje može u organizmu izazvati disbalans tekućine i elektrolita, najčešće hipokalemiju, hiponatriemiju i hipokloremiju, gubitak želučane kiseline zbog čestog povraćanja može izazvati metaboličku alkalozu, dok prečesti proljevi zbog upotrebe laksativa mogu uzrokovati acidozu. (Vidović, 1998). Uslijed povraćanja moguća su oštećenja i trajni gubitak zubne cakline, ozljede ruku, ali i srčane i skeletne miopatije.

Bulimiju karakterizira želja za mršavosti uz nerealnu sliku tijela. Dakle, značajna psihološka karakteristika kod osoba sa bulimijom je strah od dobivanja na tjelesnoj težini i težnja za mršavim tijelom (Beumont, 2002). Pritom oboljeli od BN najčešće nisu upadno mršavi, mogu biti prosječne ili iznadprosječne težine, što dodatno otežava rano uočavanje i sprječavanje daljnjeg tijeka bolesti. Nepravilnosti menstrualnog ciklusa kod bulimičnih ženskih osoba najčešće nisu jako izražene niti ozbiljne (Marčinko, 2013).

1.3.2. Dijagnostički kriteriji za bulimiju nervozu

Prema MKB-10 (WHO, 1992), za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze moraju biti zadovoljeni svi sljedeći kriteriji:

- a) postoji stalna zaokupljenost jelom, kao i neodoljiva želja za hranom; bolesnik podliježe epizodama pretjeranog uzimanja hrane, tijekom kojih se velike količine hrane konzumiraju u kratkim vremenskim intervalima.
- b) bolesnik se pokušava suprotstaviti debljanju na jedan ili više sljedećih načina: samoizazivanjem povraćanja, zloupotrebom laksativa, periodima gladovanja, upotrebom lijekova kao što su sredstva za smanjenje apetita, preparati tiroksina ili diuretici. Kada se bulimija nervoza pojavi u dijabetičara, ti bolesnici mogu odlučiti zanemariti svoju inzulinsku terapiju.
- c) psihopatologija se sastoji u morbidnome strahu od pretilosti i bolesnici postavljaju sebi jasno definiranu tjelesnu težinu koju smiju dostići. Takva je težina izrazito ispod

njihove premorbidne težine, koja predstavlja optimalnu ili zdravu težinu, prema mišljenju liječnika. Često, premda ne uvijek, postoji anamneza ranije epizode anoreksije nervoze. Interval od ranije epizode anoreksije nervoze do aktualne bulimije nervoze varira od nekoliko mjeseci do nekoliko godina. Epizode anoreksije nervoze mogu se očitovati potpunom kliničkom slikom ili u blažoj, kriptičkoj formi, s usmjerenim gubitkom tjelesne težine i/ili prolaznom fazom amenoreje.

1.3.3. Epidemiologija bulimije nervoze

Opće prihvaćena trenutna prevalencija BN u adolescentica i mladih odraslih žena iznosi oko 1% (Hoek i van Hoek, 2003; Fairburn i Beglin, 1990). Prema DSM-IV-TR (APA, 2000), cjeloživotna prevalencija BN u adolescentica i mladih odraslih žena je 1% do 3%, a prema nekim izvorima čak i nešto viša; 1,2-4,2% (Gonzalez, 2007). U skladu s ovim rasponom, nedavne populacijske studije su izvijestile da BN zahvaća 1,5% žena u SAD-u, 2,9% žena u Australiji, te čak 4,6% žena u Italiji (Keel, 2010).

Poremećaj se javlja kod otprilike 10 žena u odnosu na 1 muškarca, uglavnom u kasnoj adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi (APA, 2000), a najčešće između 14. i 25. godine (Cavanaugh i Ray, 1999). Incidencija na godišnjoj razini je u prosjeku 12 novih slučajeva na 100 000 stanovnika (Von Hoeken, Seidell i Hoek, 2003). U metaanalizi koju su proveli Keel and Klump (2003, prema Agras, 2010) zabilježen je porast incidencije BN, a nalazi studije Hudson i sur. (2007, prema Agras, 2010) na velikom epidemiološkom uzorku sugeriraju veću prevalenciju BN kod mlađih kohorti u usporedbi sa starijim kohortama. Neke su studije zabilježile pad incidencije BN kod žena dobi 20-39 godina, dok je kod djevojaka dobi 10-19 godina stopa incidencije ostala ipak nešto stabilnija kroz godine. U Australiji je pak zabilježeno udvostručenje bulimičnih ponašanja na populacijskoj razini u periodu 1995-2005. (Hay, Mond, Buttner, i Darby, 2008, prema Agras, 2010). Nažalost veliki ograničavajući faktor u usporedbi rezultata istraživanja su različite vrste primijenjenih upitnika, odabir različitih nekomparabilnih uzoraka i korištenje različitih dijagnostičkih kriterija za postavljanje dijagnoze (Knez, Pokrajac-Bulian i Peršić, 2008).

Uzevši sve navedeno u obzir, podaci pokazuju da su incidencija i prevalencija BN relativno varijabilni u populaciji tijekom vremena, što sugerira da je BN kulturalno uvjetovan sindrom te oscilira u odnosu na kulturalne faktore (Keel i Klump, 2003, prema Agras, 2010). Uz kulturološki pritisak, koji je snažan predisponirajući faktor, tipičan početak poremećaja te

klinička slika sugeriraju mogućnost biološke komponente kao podloge za razvoj poremećaja, koja je povezana sa fenotipskim obilježjima (Wagner i sur. 2006), premda su važna i psihodinamska obilježja (Vidović, Majić i Begovac, 2008), koja ovaj poremećaj ubrajaju u psihosomatska oboljenja (Begovac i Votava-Raić, 2004).

Istraživanja provedena na hrvatskoj populaciji su rijetka, a nalazi ograničeni. Bulimična ponašanja su ispitivana na uzorku studentica, a prevalencija se kretala od 2,2 do 5,3% (Pokrajac-Bulian, 1998; Ambrosi, 1998, prema Knez, Pokrajac-Bulian, Peršić, 2008). Samo je nekoliko istraživanja uključilo ispitanike muškoga spola. Dok Ambrosi, u jednom od ranijih istraživanja, ne nalazi niti jednoga studenta koji iskazuje bulimična ponašanja, u novijem istraživanju Knez i sur. zabilježile su odstupajuće navike hranjenja u 6% dječaka, a Pokrajac-Bulian i sur. odstupajuće navike u 0,5% ispitanih srednjoškolaca (Pokrajac-Bulian, Mohorić i Đurović, 2007; Ambrosi, 1998; Knez i sur., 2006., prema Knez, Pokrajac-Bulian, Peršić, 2008).

1.3.4. Rizični faktori za bulimiju nervozu

Čimbenici koji utječu na pojavu i razvoj bolesti su brojni, no do sada nisu u potpunosti istraženi. Sa sigurnošću se ne može utvrditi koliki je utjecaj bioloških čimbenika, a koliki je utjecaj socio-kulturalnih te okolinskih faktora. Zasigurno je značajan genetski utjecaj, a najveći rizični faktor predstavlja ženski spol. Obiteljske i blizanačke studije ukazuju na kompleksnu genetičku hereditarnost poremećaja hranjenja s rasponom između 50% i 83% (Treasure, Claudino i Zucker, 2010).

Uz genetske faktore, spol, probleme u trudnoći, te rane zdravstvene probleme, koji su potvrđeni kao rizični faktori i za BN i AN, kao rizične faktore za BN Jacobi i Fittig (2010) navode povećan indeks tjelesne mase (BMI), iskustva seksualnog zlostavljanja ili tjelesnog zanemarivanja tijekom djetinjstva, više razine psihijatrijskog morbiditeta ili negativne afektivnosti, negativna percepcija roditeljskih stavova, niska svjesnost o tjelesnim potrebama, količina konzumiranog alkohola tijekom posljednjih 30 dana, odlike temperamenta reprezentirane povišenjima na dvije subskale YSR inventara (nepopularnost, agresivnost), rani početak puberteta, nisko samopoštovanje, kao i povećana briga o tjelesnoj težini i tjelesnom izgledu. Također navode i nisku razinu percipirane podrške obitelji te izbjegavajući stil suočavanja sa svakodnevnim stresnim događajima. Dodatni retrospektivni korelati za BN su komplikacije u trudnoći, pretilost u djetinjstvu, anksioznost u djetinjstvu, štetni i stresni životni događaji, te socijalna fobija. Kao što je to slučaj i kod AN, određeni roditeljski

problemi (alkoholizam, depresija, zloupotreba lijekova, pretilost), okolinski obiteljski faktori (npr. kritični komentari o tjelesnoj težini i tjelesnom izgledu) i druga nepovoljna obiteljska iskustva, također predstavljaju retrospektivne korelate za BN. Konačno, navode se i prodromalni simptomi vezani uz raspoloženje i anksioznost, te stroge dijetе tijekom kasne adolescencije.

1.3.5. Karakteristike ličnosti bolesnica s bulimijom nervozom

Rezultati istraživanja koja su usmjerena na povezanost između BN i karakteristika ličnosti, s obzirom na brojne konceptualne i metodološke probleme, u velikoj mjeri variraju. Unatoč spomenutoj problematici do sada su utvrđene brojne karakteristike ličnosti bolesnica s BN, što je od iznimnog značaja budući da karakteristike ličnosti imaju važnu ulogu u početku, kliničkoj slici i tijeku poremećaja, kao i odgovoru na terapiju (Dalle Grave i sur., 2006). Do sada nije u potpunosti poznato zašto neki pacijenti na terapiju reagiraju dobro, dok drugi pacijenti reagiraju lošije (Brambilla i sur. 2009), ali je utvrđeno da su „problematične“ karakteristike ličnosti povezane s lošijim ishodom terapije (Tasca i sur. 2009a).

Patologija ličnosti česta je kod pacijentica koje boluju od poremećaja hranjenja, pri čemu prevalencija poremećaja ličnosti kod BN varira između 4% i 84%, no većina studija izvještava o prevalenciji između 20% i 75% (Jáuregui Lobera, 2011). Utvrđeno je da je BN povezana s poremećajima ličnosti klastera B¹⁰ i karakteristikama ličnosti asociranim s ovim klasterom; visoka impulzivnost, emocionalna nestabilnost i neinhibiranost (Cassin i Von Ranson, 2005, prema Brown, Haedt-Matt i Keel, 2011). Također, brojne studije su zabilježile povećane stope poremećaja ličnosti iz klastera C¹¹ kod grupa pacijentica s BN u usporedbi s kontrolom (Godt, 2008, prema Brown, Haedt-Matt i Keel, 2011). U ovom bi kontekstu BN mogla predstavljati manifestaciju emocionalne nestabilnosti, neinhibiranosti, anksioznosti i opsesivno-kompulzivne rigidnosti, koji mogu doprinijeti ciklusu prejedanja i namjernog povraćanja. Povezanost BN sa poremećajima ličnosti iz klastera C i opsesivno-kompulzivne rigidnosti podupire činjenica o komorbiditetu između BN i opsesivno-kompulzivnog poremećaja (8-33%), iako u mnogo manjoj mjeri nego kod AN. Također je zapaženo da je opsesivno-kompulzivna simptomatika najčešće prisutna i prije pojave poremećaja hranjenja, te perzistira i nakon povlačenja simptoma BN (Thornton i Russell, 1997). Unatoč činjenici da je dimenzija kompulzivnost-impulzivnost korisna za opisivanje dva najznačajnija poremećaja

¹⁰ uključuje histrionski, narcistični, antisocijalni i granični poremećaj ličnosti.

¹¹ uključuje ovisni, izbjegavajući i opsesivno-kompulsivni poremećaj ličnosti.

hranjenja, teško je objasniti preklapanje BN i opsesivnosti, ili kako poremećaj poput AN „prelazi“ u drugi poremećaj kao što je BN.

Od svih poremećaja ličnosti kod poremećaja hranjenja najzastupljeniji je granični poremećaj ličnosti, dominantno kod BN, s prevalencijom do 50%. Pacijentice s BN i graničnim poremećajem ličnosti pokazuju općenito viši stupanj psihopatologije, imaju slabiju prognozu psihoterapije, te je kod njih često zabilježena depresija, zloraba psihoaktivnih tvari, te povijest seksualnog zlostavljanja i obiteljskog nasilja (Jáuregui Lobera, 2011).

Za bulimične pacijentice tipična je psihopatologija koja je asocirana sa slabom kontrolom impulsa, kao što su autoagresivno i heteroagresivno ponašanje, suicidalnost, kleptomanija, ovisnost o alkoholu i opijatima, kockanje, seksualni promiskuitet itd. Clinton i Glant (1992, prema Jáuregui Lobera, 2011) izvještavaju o prisutnosti zlorabe alkohola kod 22,2%, zlorabe opijata kod 14,4% te jedan ili više pokušaja suicida kod 21,4% bulimičnih pacijenata, iako neka istraživanja izvještavaju i o višoj stopi suicida (do 30%). U meta analizi ukupno 16 studija Preti i sur. (2011) zabilježili su omjer smrtnosti od 7,5, koji ukazuje na to da osobe koje boluju od BN imaju znatno veći rizik od suicida u odnosu na svoje vršnjake. Poznato je da je stopa smrtnosti kod BN niža nego što je slučaj kod AN, no posljednjih se godina povećala te prema Crow i sur. (2009) iznosi 3,9%. Uz medicinska stanja uzrokovana nutritivnim statusom suicid predstavlja najčešći uzrok smrti kod BN (oko 20% svih uzroka smrti kod BN). Autoagresivno ponašanje u vidu samoozljeđivanja bez suicidalnih namjera također je u visokoj korelaciji sa simptomima bulimije, te neke studije sugeriraju da je samoozljeđivanje prisutno kod više od pola bulimičnih pacijentica (Franko i Keel, 2006).

Također su karakteristični depresivni simptomi ili poremećaji raspoloženja i javljaju se najčešće zajedno s ostalim simptomima bulimije. Ponekad se mogu svrstati u distimnični poremećaj, a ponekad u veliki depresivni poremećaj (Vidović, 1998).

Na psihodijagnostičkim instrumentima kao što su MMPI i EPQ pacijenti koji boluju od BN postižu povišene rezultate na skali ekstraverzije, impulzivnosti, traženje novosti, te snižen rezultat na skali tolerancije na frustraciju u odnosu na kontrolnu skupinu i pacijente koji boluju od AN (Ponce de Leon, 2006, prema Jáuregui Lobera, 2011). Na upitniku TCI pacijentice koje boluju od BN postižu povišene rezultate na skalama traženje novosti (koja korelira sa simptomima impulzivnosti i agresije) i izbjegavanju povrede (koja korelira sa simptomima anksioznosti i depresivnosti) (Begovac i sur., 2013).

1.3.6. Privrženosti i bulimija nervoza

Na nastanak poremećaja hranjenja u značajnoj mjeri utječu i čimbenici koji potječu iz djetinjstva. Psihološki razvoj djeteta ovisan je o odnosu roditelja i djeteta od najranije dobi. O tom odnosu ovisit će razvoj kasnijih interpersonalnih veza, razvoj ličnosti, samopoštovanja i osjećaja sigurnosti, pripadnosti te povjerenja u ljude oko sebe (Marčinko, 2013). Na temelju tog odnosa dijete u sebi stvara modele ponašanja koje će se kasnije projicirati i na veze s drugim osobama. Kao što je ranije detaljno opisano, utjecajem odnosa roditelja i djeteta na razvoj bavi se teorija privrženosti, koja je posljednjih godina u fokusu interesa mnogih istraživača i kliničara koji se bave poremećajima hranjenja (Zachrisson i Skårderud, 2010). Za to postoji nekoliko razloga. Prvo, teorija privrženosti integrira konstrukte koji su ujedno empirijski provjerljivi i klinički primjenjivi, uz psihodijagnostičke testove zadovoljavajućih psihometrijskih karakteristika. Drugo, temeljeći se na mogućnosti istraživanja i empirijskoj provjeri, danas postoje vrlo čvrsti empirijski dokazi koji povezuju kvalitetu privrženosti s problemima psihičkog zdravlja. Treće, teorija privrženosti integrira ideje iz različitih psihoterapijskih tradicija, poput psihoanalize, kognitivnih terapija i obiteljske terapije. Konačno, ovaj multidisciplinarni temelj teorije pruža alat za razumijevanje interakcije karakteristika pojedinca i obitelji, koja je izuzetno bitna za klinički rad s pacijentima s poremećajima hranjenja.

Nalazi istraživanja koji su do sada prikupljeni sugeriraju da su kod pacijentica koje boluju od poremećaja hranjenja najzastupljeniji nesigurni stilovi privrženosti (Zachrisson i Skårderud, 2010). U većini istraživanja ispitanice s BN bile su asocirane sa zaokupljenim stilom privrženosti, osim u manjem broju istraživanja, koja su BN asocirala s odbijajućim stilom privrženosti (Zachrisson i Skårderud, 2010).

Do sada se na ulogu privrženosti u razvoju poremećaja hranjenja promatralo iz nekoliko teorijskih perspektiva; (1) simptomi poremećaja hranjenja promatrani su kao direktne ekspresije obrazaca privrženosti, (2) promatrani su kao oblik traženja bliskosti, (3) kao simptomi koji se prenose transgeneracijski, (4) kao latentni obiteljski procesi. Prema novijem shvaćanju, čiji su autori Tasca i sur. (2009b), privrženost na poremećaje hranjenja djeluje indirektno, putem treće varijable. Prema ovom medijacijskom modelu emocionalna regulacija je varijabla preko koje privrženost indirektno djeluje na poremećaje hranjenja.

1.3.7. Emocionalna regulacija i bulimija nervoza

Dosadašnje spoznaje i nalazi istraživanja ukazuju na disfunkcionalnu emocionalnu regulaciju kod osoba koje boluju od BN (Vögele i Gibson, 2010). Primjerice, u istraživanju Harrisona i sur. (2010a) ispitanici s poremećajem prehrane pokazali su veće poteškoće u emocionalnoj regulaciji u odnosu na zdrave kontrole. Osobe koje boluju od BN prijavljuju da epizodama prejedanja najčešće prethodi stres, negativan afekt, depresivnost, disforičnost i anksioznost, a odmah po početku epizode prejedanja nastupa smanjenje ili prestanak navedenih osjećaja. Nadalje izvještavaju da pražnjenje dodatno pomaže smanjenju negativnih emocija i osjećaja krivnje (Casper, Hedeker i McClough, 1992). Slabija emocionalna regulacija također je povezana s višom razinom impulzivnosti (Schreiber, Grant i Odlaug, 2012), što je jedna od temeljnih karakteristika ličnosti pacijentica s BN (Steiger i Bruce, 2007). Poznato je da je za bulimične pacijentice tipična psihopatologija koja je asocirana s slabom kontrolom impulsa (Jáuregui Lobera, 2011).

Nekoliko je modela koji nastoje objasniti vezu između disfunkcionalne emocionalne regulacije i poremećaja hranjenja, a se svi modeli slažu oko toga da je prejedanje disfunkcionalna strategija nošenja sa stresom i negativnim emocijama (Vögele i Gibson, 2010).

Prema spomenutom medijacijskom modelu Tasca-e i sur. (2009b), emocionalna regulacija je medijator preko kojega privrženost indirektno utječe na poremećaje hranjenja. U ovom radu nastojat ćemo provjeriti da li se medijacijski model Tasca-e i sur. (2009b) može upotrijebiti i u slučaju BN.

2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

2.1. Opći cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati povezanost dimenzija privrženosti i emocionalne regulacije sa prisutnošću i intenzitetom simptoma bulimije nervoze, te ispitati prirodu odnosa ovih varijabli.

Hipoteza:

Dimenzije privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) i disfunkcionalna emocionalna regulacija su statistički značajno i pozitivno povezane sa prisutnošću i intenzitetom simptoma bulimije nervoze, pri čemu emocionalna regulacija ima ulogu medijatora u odnosu između dimenzija privrženosti i izraženosti simptoma BN.

2.2. Specifični ciljevi istraživanja

1. Ispitati postoji li razlika u dimenzijama privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) između skupine ispitanica koje boluju od BN i kontrolne skupine.

Hipoteza: Očekuje se da će ispitanice koje boluju od BN pokazati veću razinu anksioznosti i izbjegavanja u odnosu na ispitanice kontrolne skupine.

2. Ispitati postoji li razlika u emocionalnoj regulaciji između skupine ispitanica koje boluju od BN i kontrolne skupine.

Hipoteza: Očekuje se da će ispitanice koje boluju od BN imati više poteškoća u emocionalnoj regulaciju u odnosu na ispitanice kontrolne skupine.

3. Ispitati jesu li dimenzije privrženosti i disfunkcionalna emocionalna regulacija statistički značajni prediktori pripadnosti kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini.

Hipoteza: Očekuje se da su dimenzije privrženosti i disfunkcionalna emocionalna regulacija statistički značajni prediktori pripadnosti kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini.

4. Ispitati da li emocionalna regulacija ima ulogu medijatora u odnosu između dimenzija privrženosti i izraženosti simptoma BN.

Hipoteza: Očekuje se da emocionalna regulacija ima ulogu medijatora u odnosu između dimenzija privrženosti i izraženosti simptoma BN.

3. METODA

3.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanica dobi 15-25 godina ($M=20,40$; $SD=3,26$). Raspodjela ispitanica kliničke i kontrolne skupine prema dobi prikazana je na Grafu 1. Kliničku skupinu je činilo 50 pacijentica oboljelih od bulimije nervoze, liječenih u KBC Zagreb, kod kojih simptomi ne traju dulje od 12 mjeseci. Kontrolnu skupinu je činilo 50 ispitanica koje su ujednačene s ispitanicama kliničke skupine prema bitnim obilježjima (metoda ekvivalentnih parova), a u kontrolnu skupinu ispitanice su izabrane iz Škole za medicinske sestre Mlinarska, XVIII. gimnazije Zagreb, te Doma zdravlja Zagreb – Zapad. U kontrolnu skupinu nisu uključene ispitanice koje su na SCOFF upitniku imale rezultat veći ili jednak 2.

3.2. Psihologijski mjerni instrumenti

3.2.1. Strukturirani upitnik socio-demografskih podataka

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je upitnik socio-demografskih podataka. Upitnik sadrži ukupno 29 pitanja, kojima se obuhvaćaju varijable vezne za dob, stupanj obrazovanja, prosječni uspjeh u školi, bračni status, strukturu i funkcioniranje obitelji te zdravstveni status ispitanika i članova obitelji.

3.2.2. Inventar poremećaja hranjenja (eng. Eating Disorder Inventory-2; EDI-2; Garner, 1991)

Inventar poremećaja hranjenja (EDI-2) je široko rasprostranjen samoprocjenski upitnik simptoma poremećaja hranjenja (Garner, 1991). Originalna verzija je konstruirana 1983. godine i sadržavala je 64 čestice, koje su tvorile tri subskale vezane za poremećaje hranjenja; Težnja za vitkošću (DT), Bulimija (B) i Nezadovoljstvo tijelom (BD), te pet subskala vezane za općenito psihološko funkcioniranje povezano s poremećajima hranjenja; Neučinkovitost (I), Perfekcionizam (P), Nepovjerenje u socijalnim odnosima (ID), Svjesnost o tjelesnim potrebama (IA) i Strah od odrastanja (MF). Revizijom upitnika 1991. godine dodano je još 27 čestica podijeljenih u tri dodatne subskale; Asketizam (A), Regulacija impulsa (IR) i Socijalna nesigurnost (SI). Verzija EDI-2, koja je korištena u ovom istraživanju, ukupno ima 91 česticu i 11 subskala. Na svaku česticu odgovara se na skali Likertovog tipa od 6 stupnjeva; 1 - uvijek, 2 - obično, 3 - često, 4 - ponekad, 5 - rijetko, 6 - nikada. Nakon rekodiranja rezultati se za svaku pojedinu subskalu zbroje, pri čemu svaka čestica pripada samo jednoj subskali. Autor ne preporučuje upotrebu ukupnog rezultata na upitniku, već samo rezultate pojedinih subskala (Garner, 1991). Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju visoke koeficijente unutarnje konzistencije, dobru test-retest pouzdanost, te odgovarajuću sadržajnu, konvergentnu i diskriminativnu valjanost. Cronbachov koeficijent pouzdanosti α dobiven u ovom istraživanju je za sve subskale visok ili vrlo visok, osim za skalu Socijalna nesigurnost (SI), za koju je zadovoljavajući (Tablica 1).

Tablica 1. Deskriptivni podaci i pouzdanost subskala EDI-2 upitnika u provedenom istraživanju.

EDI-2 Subskale	M	SD	Min	Max	Cronbach α
Težnja za vitkošću (DT)	9,75	8,34	0	21	0,95
Bulimija (B)	6,21	7,10	0	21	0,92
Nezadovoljstvo tijelom (BD)	11,33	9,24	0	27	0,93
Neučinkovitost (I)	7,46	7,77	0	27	0,90
Perfekcionizam (P)	7,65	5,11	0	18	0,80
Nepovjerenje u socijalnim odnosima (ID)	5,00	4,47	0	18	0,80
Svjesnost o tjelesnim potrebama (IA)	9,69	9,24	0	29	0,92
Strah od odrastanja (MF)	7,61	6,48	0	24	0,86
Asketizam (A)	7,48	4,95	0	20	0,68
Regulacija impulsa (IR)	7,13	6,61	0	24	0,82
Socijalna nesigurnost (SI)	6,62	4,53	0	18	0,71

3.2.3. Revidirani upitnik iskustvava u bliskim odnosima (*The Experiences in Close Relationships-Revised; ECR-R; Fraley, Waller i Brennan, 2000*)

Revidirani upitnik iskustvava u bliskim odnosima (ECR-R) revidirana je verzija Upitnika iskustava u bliskim odnosima autora Brennan, Clark i Shaver (1998), te se smatra jednom od najčešće korištenih samoprocjenskih mjera privrženosti kod odraslih (Esbjörn i sur., 2015). Upitnik sadrži 36 čestica, na svaku česticu se odgovara na skali Likertovog tipa od 7 stupnjeva; 1 - uopće se ne slažem, 2 - većinom se ne slažem, 3 - uglavnom se ne slažem, 4 - niti se slažem, niti se ne slažem, 5 - uglavnom se slažem, 6 - većinom se slažem, 7 - u potpunosti se slažem. Čestice se distribuiraju u dvije subskale; Izbjegavanje i Anksioznost. Više istraživanja potvrđuje poboljšanja metrijskih karakteristika ECR-R u odnosu na ECR (Esbjörn i sur., 2015), te stabilnost dvofaktorske strukture (Sibley i Liu, 2004). Cronbachov koeficijent pouzdanosti α dobiven u ovom istraživanju je za obje subskale vrlo visok (Tablica 2).

Tablica 2. Deskriptivni podaci i pouzdanost subskala ECR-R upitnika u provedenom istraživanju.

ECR-R Subskale	M	SD	Min	Max	Cronbach α
Anksioznost	3,89	1,47	1	7	0,90
Izbjegavanje	3,00	1,47	1	7	0,92

3.2.4. Skala poteškoća u emocionalnoj regulaciji (*Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS; Gratz i Roemer, 2004*).

Skala poteškoća u emocionalnoj regulaciji (DERS) je samoprocjenska skala od ukupno 36 čestica, koja mjeri poteškoće emocionalne regulacije (Gratz i Roemer, 2004). Na svaku od 36 čestica ispitanik odgovara na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva; 1 - gotovo nikada (0-10%), 2 - ponekad (11-35%), 3 - oko polovice vremena (36-65%), 4 - često ili većinom (66-90%), 5 - gotovo uvijek (91-100%). Pored ukupnog rezultata skala daje i rezultate na 6 skala; Neprihvatanje emocionalne reakcije (Neprihvatanje); Poteškoće u usmjeravanju ka cilju pri stanju emocionalne pobuđenosti (Ciljevi), Poteškoće kontrole impulsa prilikom doživljavanja negativnih emocija (Impulsi), Nedostatak emocionalne svjesnosti (Svjesnost); Ograničen pristup strategijama regulacije emocija (Strategije); Nedostatak emocionalne jasnoće (Jasnoća). Viši rezultati ukazuju na veće poteškoće u regulaciji emocija. DERS pokazuje dobru pouzdanost (Cronbach $\alpha=0,93$; Test-retest pouzdanost u periodu od 4 do 8 tjedana = 0,88) te adekvatnu konstruktivu i prediktivnu valjanost. Cronbachov koeficijent pouzdanosti α dobiven u ovom istraživanju je za sve skale visok ili vrlo visok, osim za skalu Svjesnost, za koju je zadovoljavajući (Tablica 3).

Tablica 3. Deskriptivni podaci i pouzdanost subskala DERS upitnika u provedenom istraživanju.

DERS Subskale	M	SD	Min	Max	Cronbach α
Neprihvatanje (Nonaccept)	15,91	6,87	6	30	0,90
Ciljevi (Goals)	16,25	5,48	5	25	0,89
Impulsi (Impulse)	16,26	6,61	6	30	0,87
Svjesnost (Awareness)	17,10	4,80	9	32	0,78
Strategije (Strategies)	23,39	9,40	8	40	0,91
Jasnoća (Clarity)	13,31	5,54	2	25	0,86

3.2.5. SCOFF (Morgan, Reid i Lacey, 1999).

SCOFF je upitnik za trijažu osoba sa simptomima anoreksije nervoze i bulimije nervoze (Botella i sur., 2013). Sastoji se od pet pitanja vezana za hranjenje na koja ispitanici odgovaraju sa „da“ ili „ne“. Dva ili više odgovora „da“ sugerira postojanje poremećaje hranjenja. Osjetljivost upitnika za postojanje BN je u intervalu pouzdanosti 92.6%-100.0% (Morgan, Reid i Lacey, 1999).

3.2.6. Indeks tjelesne mase

Indeks tjelesne mase (ITM) se često koristi kao metoda izračuna uhranjenosti i kao pokazatelj debljine i pretilosti (Ogden i sur., 2010). Računa se tako da se tjelesna težina izražena u kilogramima podijeli s kvadriranom tjelesnom visinom izraženom u metrima (Keyes i sur., 1972). Kod odrasle populacije indeks tjelesne mase vrijednosti niži od 18,5 smatra se sniženim, od 18,5 do 24,99 prosječnim, dok se ITM veći od 25 smatra natprosječnim. Što se vrijednost ITM više smanjuje ispod 18,5 to više upućuje na značajno ispodprosječnu težinu, odnosno pothranjenost. Budući da se kod djece i adolescenata količina masnog tkiva mijenja s dobi i različita je s obzirom na spol, vrijednost ITM se uspoređuje sa normama za određenu dob te se na taj način procjenjuje status u odnosu na drugu djecu i adolescente iste dobi i spola (Mei i sur., 2002).

3.3. Postupak

Istraživanje je dizajnirano kao jednokratno ili poprečno presječno, s kontrolnom i kliničkom skupinom ispitanica. Postupak prikupljanja podataka trajao je od rujna 2014. godine do ožujka 2016. godine. U istraživanju je sudjelovalo 50 pacijentica koje boluju od bulimije nervoze, liječenih u KBC Zagreb u Klinici za psihološku medicinu, dobi od 15 do 25 godina, kod kojih simptomi ne traju dulje od 12 mjeseci. Ispitanice su ispunile bateriju testova, vrijeme rješavanja je u prosjeku iznosilo oko 30 minuta. Nakon što je prikupljeno 50 ispitanica kliničke skupine, prikupljeno je 50 ispitanica kontrolne skupine, pri čemu su ispitanice kontrolne skupine ujednačene s ispitanicama kliničke skupine prema spolu, dobi i stupnju obrazovanja (metoda ekvivalentnih parova). Ispitanice su u kontrolnu skupinu izabrane iz Škole za medicinske sestre Mlinarska, XVIII. gimnazije Zagreb, te Doma zdravlja Zagreb – Zapad. Provođenje istraživanja prethodno je odobreno od Etičkog povjerenstva KBC Zagreb, ravnatelja Škole za medicinske sestre Mlinarska i XVIII. gimnazije Zagreb, te Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zagreb – Zapad. Također je dobiven pismeni pristanak sudionica u istraživanju, odnosno roditelja za malodobne sudionice, a prije početka ispitivanja sve su sudionice dobile podatke o cilju, svrsi i načinu provođenja samog istraživanja, te uputu o načinu popunjavanja upitnika. Prilikom davanja upute naglašena je povjerljivost, anonimnost i dobrovoljnost sudjelovanja u istraživanju.

3.3.1. Statistički postupci

U statističkoj analizi rezultata korištene su metode deskriptivne i inferencijalne statistike te grafički prikazi pojedinih rezultata. Od metoda deskriptivne statistike korištene su mjere centralne tendencije (aritmetička sredina i medijan), mjere raspršenja (standardna devijacija, minimalna vrijednost, maksimalna vrijednost i raspon) te frekvencijske analize. Od metoda inferencijalne statistike u svrhu analize raspodjele ispitanica prema pojedinim karakteristikama korišten je Fisherov egzaktni test sa Freeman-Halton ekstenzijom za 2x4, odnosno 3x4 tablice kontingencije. U svrhu provjere pouzdanosti računati su koeficijenti unutarnje konzistencije korištenih skala i subskala. Za usporedbe skupina ispitanika na intervalnim varijablama upitnika korišten je t-test. Za utvrđivanje povezanosti među varijablama korišteni su Pearsonov koeficijent korelacije i point-biserijalni koeficijent korelacije. Za utvrđivanje odnosa između prediktorskih i kriterijskih varijabli korištene su multipla regresijska analiza za intervalne varijable, te logistička regresijska analiza za

kategorijalne varijable. U svrhu ispitivanja postojanja medijacijskog utjecaja provedene su hijerarhijske regresijske analize te nakon toga analiza medijacijskog utjecaja korištenjem Sobelovog testa. Statistička je obrada podataka učinjena uporabom programske podrške STATISTICA 12.7, a korištena je granična razina značajnosti 5% ($p < 0,05$) i 1% ($p < 0,01$).

4. REZULTATI

Prije odgovaranja na postavljene ciljeve istraživanja Fisherovim egzaktnim testom učinjena je usporedba socio-demografskih karakteristika ispitanica kliničke i kontrolne skupine. Karakteristike na kojima je zabilježena povezanost sa pripadnošću skupini prikazane su grafički. Provedena je usporedba simptoma poremećaja hranjenja, indeksa tjelesne mase i oscilacija u tjelesnoj težini između ispitanica sa i bez bulimije nervoze.

U skladu s prvim ciljem istraživanja testirana je razlika u dimenzijama privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) između skupine ispitanica koje boluju od BN i kontrolne skupine, te je provedena multipla regresijska analiza s ciljem ispitivanja koliki je doprinos anksioznosti i izbjegavanja u objašnjavaju izraženosti simptoma bulimije.

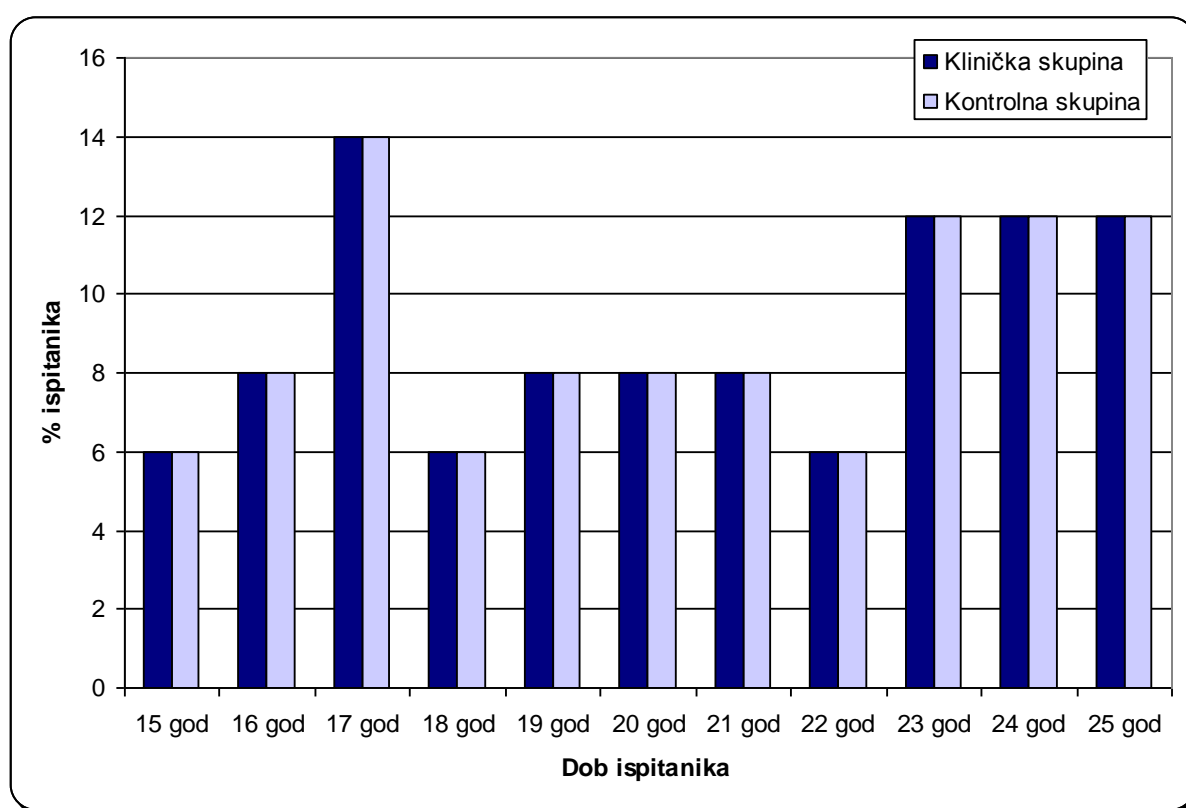
U skladu s drugim ciljem istraživanja testirana je razlika u emocionalnoj regulaciji između skupine ispitanica koje boluju od BN i kontrolne skupine, a povezanost između poteškoća emocionalne regulacije i izraženosti simptoma BN testirana je linearnom regresijskom analizom.

U skladu s trećim ciljem istraživanja doprinosi dimenzija privrženosti i emocionalne regulacije u predviđanju pripadnosti kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini testirani su logističkom regresijskom analizom.

Kako bi se dobio odgovor na četvrti cilj istraživanja provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize (za svaku od dvije dimenzije privrženosti), te nakon toga analiza medijacijskog utjecaja korištenjem Sobelovog testa.

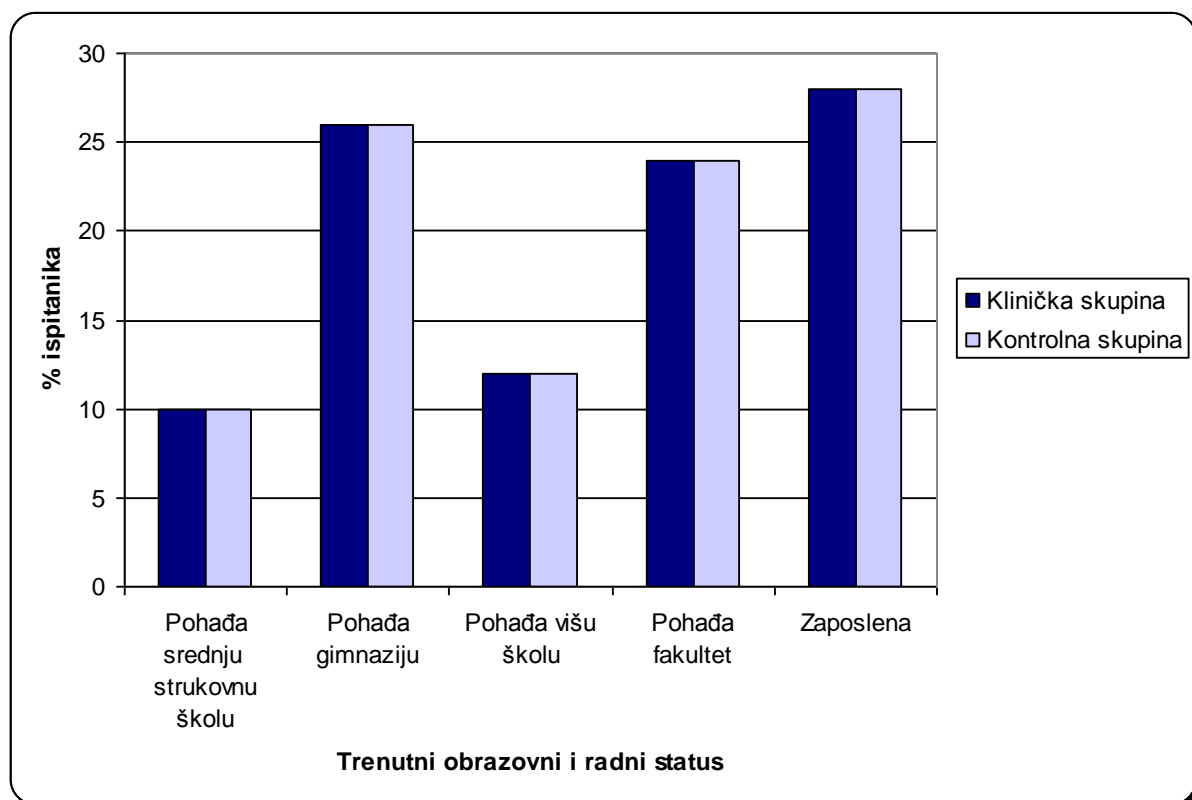
4.1. Usporedba socio-demografskih karakteristika ispitanica sa i bez bulimije nervoze

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanica dobi 15-25 godina, $M=20,40$; $SD=3,26$. Kliničku skupinu čini 50 ispitanica oboljelih od bulimije nervoze, kontrolnu skupinu čini 50 ispitanica koje su s ispitanicama kliničke skupine ujednačene prema dobi, stupnju obrazovanja i radnom statusu. Na Grafu 1 prikazana je raspodjela ispitanica obje skupine prema dobi.



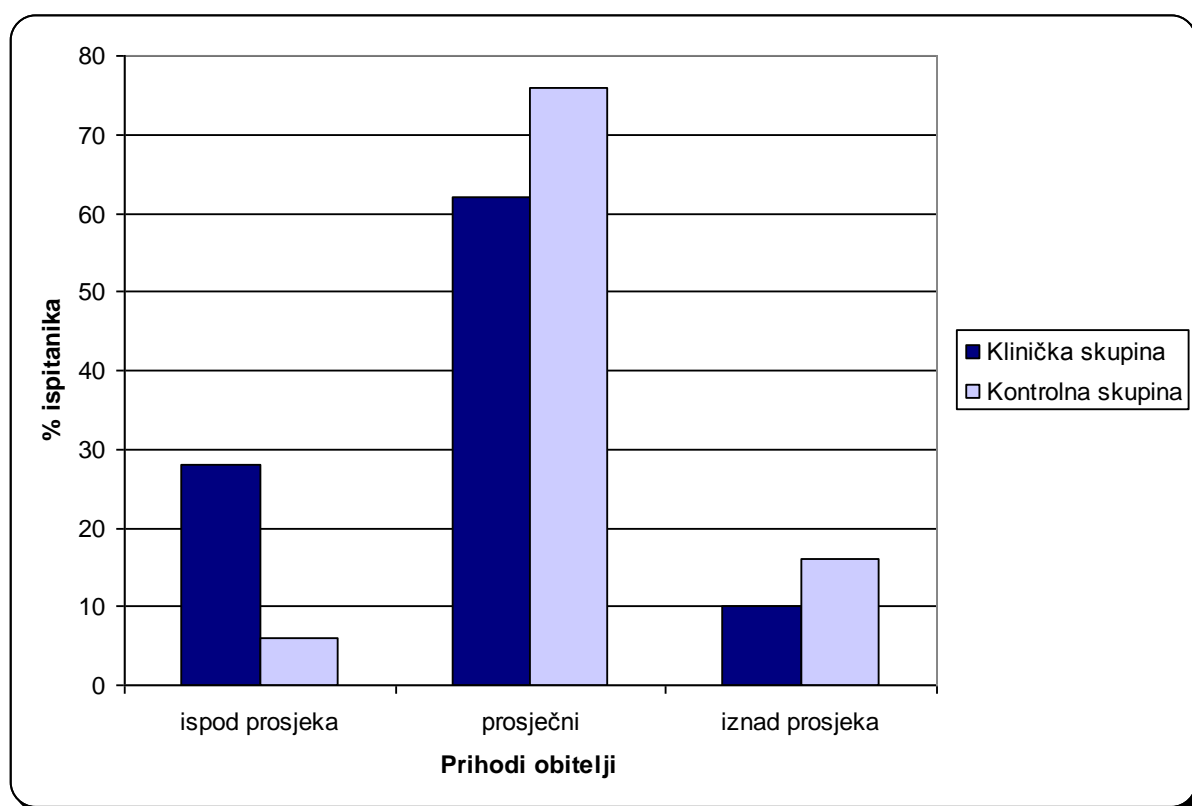
Graf 1. Raspodjela ispitanica kliničke i kontrolne skupine prema dobi.

Na Grafu 2 vidljivo je da najmanji broj ispitanica unutar svake od skupina pohađa srednju strukovnu školu (10%), 26% ispitanica ide u gimnaziju, 12% pohađa višu školu, 24% ide na fakultet, a najveći broj ispitanica unutar svake skupine je zaposleno (28%).



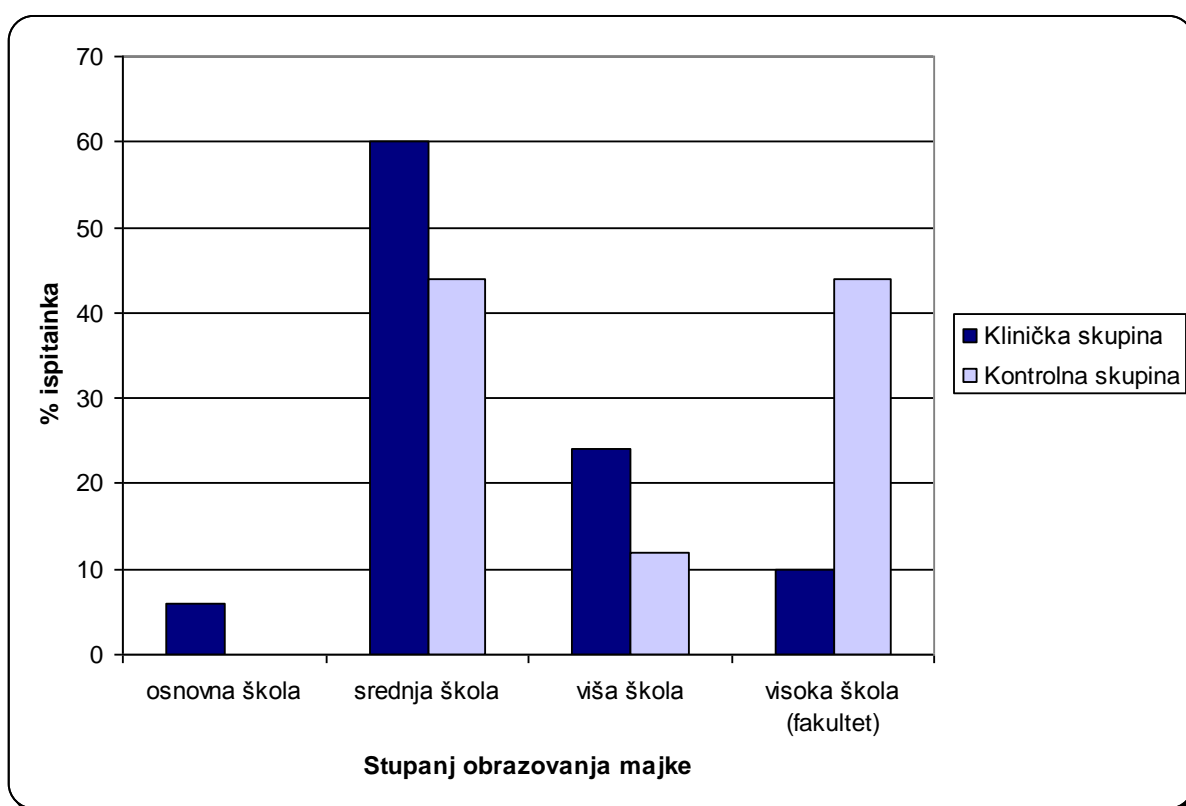
Graf 2. Raspodjela ispitanica kliničke i kontrolne skupine prema trenutnom obrazovnom i radnom statusu.

Prema rezultatima Fisherovog egzaktnog testa postoji statistički značajna povezanost ($p=0,01$) između pripadnosti kliničkoj odnosno kontrolnoj skupini i visine mjesečnih prihoda obitelji. Pri tome je u kliničkoj skupini veća zastupljenost obitelji s ispodprosječnim primanjima (28%) u odnosu na kontrolnu skupinu (6%), dok je u kontrolnoj skupini veća zastupljenost obitelji s prosječnim (76%) i iznadprosječnim primanjima (16%) u odnosu na kliničku skupinu (62%, 10%) (Graf 3).



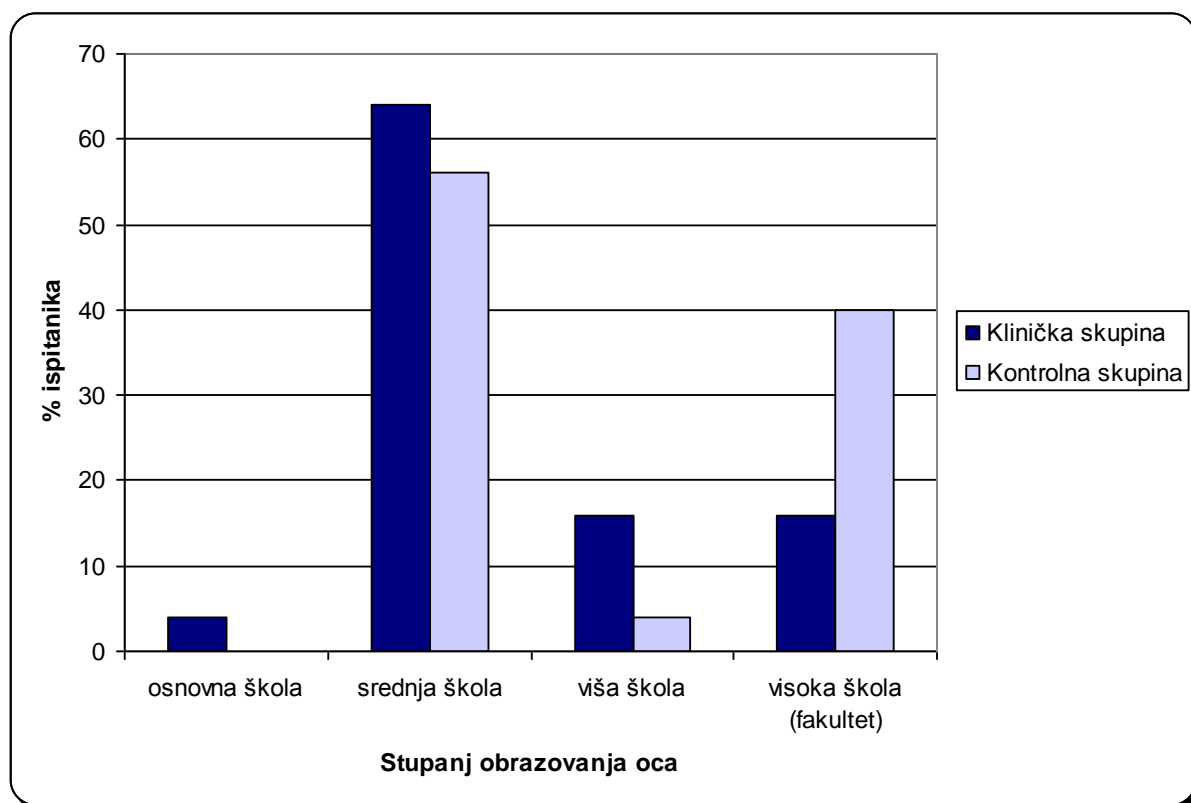
Graf 3. Grafički prikaz visine mjesečnih prihoda obitelji za kliničku i kontrolnu skupinu ($p=0,01$, Fisherov egzaktni test sa Freeman-Halton ekstenzijom za 2x3 tablice kontingencije).

Rezultat Fisherovog egzaktnog testa ukazuje na statistički značajnu povezanost ($p=0,00$) između pripadnosti kliničkoj odnosno kontrolnoj skupini i stupnja obrazovanja majke, pri čemu je veća zastupljenost majki sa završenom osnovnom (6%), srednjom (60%) i višom (24%) školom kod ispitanica kliničke skupine u odnosu na majke ispitanica kontrolne skupine (osnovna škola 0%, srednja škola 44%, viša škola 12%), a kod ispitanica kontrolne skupine je veća zastupljenost majki sa završenim fakultetom (44%) u odnosu na majke ispitanica kliničke skupine (10%) (Graf 4).



Graf 4. Grafički prikaz stupnja obrazovanja majki za kliničku i kontrolnu skupinu ($p=0,00$, Fisherov egzaktni test sa Freeman-Halton ekstenzijom za 2x4 tablice kontingencije).

Rezultat Fisherovog egzaktnog testa ukazuje na statistički značajnu povezanost ($p=0,00$) između pripadnosti kliničkoj odnosno kontrolnoj skupini i stupnja obrazovanja oca. Graf 5 ukazuje na veću zastupljenost očeva sa završenom osnovnom (4%), srednjom (64%) i višom (16%) školom kod ispitanica kliničke skupine u odnosu na očeve ispitanica kontrolne skupine (osnovna škola 0%, srednja škola 56%, viša škola 4%). Kod ispitanica kontrolne skupine je veća zastupljenost očeva sa završenim fakultetom (40%) u odnosu na očeve ispitanica kliničke skupine (16%).



Graf 5. Grafički prikaz stupnja obrazovanja oca za kliničku i kontrolnu skupinu ($p=0,00$, Fisherov egzaktni test sa Freeman-Halton ekstenzijom za 2x4 tablice kontingencije).

4.2. Simptomi poremećaja hranjenja, indeks tjelesne mase i oscilacije u tjelesnoj težini

4.2.1. Usporedba simptoma poremećaja hranjenja u ispitanica sa i bez bulimije nervoze

Za mjeru simptoma poremećaja hranjenja korišten je samoprocjenski upitnik EDI-2 (Garner, 1991). Usporedba rezultata EDI-2 upitnika ispitanica kliničke i kontrolne skupine iz provedenog istraživanja prikazana je u Tablici 4. Sukladno očekivanjima, ispitanice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na ispitanice kontrolne skupine na svim skalama upitnika EDI-2.

Tablica 4. Usporedba rezultata na upitniku EDI-2 između kliničke i kontrolne skupine.

EDI-2 subskala	Klinička skupina		Kontrolna skupina		t-test		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Težnja za vitkošću (DT)	16,32	5,52	3,18	4,71	12,79	98	0,00
Bulimija (B)	11,04	6,87	1,38	2,65	9,26	98	0,00
Nezadovoljstvo tijelom (BD)	17,26	7,47	5,40	6,71	8,34	98	0,00
Neučinkovitost (I)	12,50	7,45	2,42	3,83	8,49	98	0,00
Perfekcionizam (P)	10,20	5,26	5,10	3,44	5,73	98	0,00
Nepovjerenje u socijal. odnosima (ID)	7,44	4,61	2,56	2,64	6,49	98	0,00
Svjesnost o tjelesnim potrebama (IA)	16,30	7,61	3,08	5,03	10,23	98	0,00
Strah od odrastanja (MF)	11,14	6,76	4,08	3,71	6,46	98	0,00
Asketizam (A)	10,64	4,52	4,32	2,96	8,26	98	0,00
Regulacija impulsa (IR)	10,84	6,07	3,42	4,83	6,75	98	0,00
Socijalna nesigurnost (SI)	9,28	4,40	3,96	2,77	7,22	98	0,00

4.2.2. Usporedba indeksa tjelesne mase i oscilacija u tjelesnoj težini u ispitanica sa i bez bulimije nervoze

U Tablici 5 prikazani su rezultati testiranja razlika između kliničke i kontrolne skupine prema ITM-u, željenom ITM-u i oscilacijama u tjelesnoj težini.

Prema rezultatima t-testa nije zabilježena statistički značajna razlika u ITM-u ($t_{96}=0,06$, $p=0,95$) između ispitanica kliničke skupine ($M=20,88$, $SD=3,49$) i ispitanica kontrolne skupine ($M=20,92$, $SD=3,50$).

Željeni ITM je izražen preko stvarne trenutne tjelesne visine i težine koju su ispitanice definirale kao idealne, odnosno težine koju bi željele imati. Razlika u željenom ITM-u između ispitanica kliničke skupine ($M=18,62$, $SD=2,17$) i ispitanica kontrolne skupine ($M=20,07$, $SD=2,23$) pokazala se statistički značajnom ($t_{93}=3,20$, $p=0,00$). Pri tome je željeni ITM značajno niži kod ispitanica kliničke skupine. Također, željeni ITM kod ispitanica kontrolne skupine je samo nešto niži u odnosu na njihov stvarni ITM.

Najveća oscilacija u tjelesnoj težini predstavlja razliku između najviše i najniže tjelesne težine. Najveća oscilacija u tjelesnoj težini također se između ispitanica kliničke skupine ($M=13,30$, $SD=7,48$) i ispitanica kontrolne skupine ($M=5,20$, $SD=4,87$) statistički značajno razlikuje ($t_{82}=-6,10$, $p=0,00$), pri čemu je osciliranje u tjelesnoj težini kod ispitanica kliničke skupine značajno veće nego kod ispitanica kontrolne skupine.

Tablica 5. Usporedba stvarnog indeksa tjelesne mase, željenog indeksa tjelesne mase i najveće oscilacije tjelesne težine između kliničke i kontrolne skupine.

	Klinička skupina		Kontrolna skupina		t-test		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Stvarni ITM	20,88	3,49	20,92	3,50	0,06	96	0,95
Željeni ITM	18,62	2,17	20,07	2,23	3,20	93	0,00
Oscilacije tt u kg	13,30	7,48	5,20	4,87	-6,10	82	0,00

Legenda:

Stvarni ITM – indeks tjelesne mase izražen preko stvarne trenutne tjelesne visine i težine.

Željeni ITM – indeks tjelesne mase izražen preko stvarne trenutne tjelesne visine i željene (idealne) težine.

Oscilacije tt u kg – najveća oscilacija u tjelesnoj težini koju su ispitanice prijavile, izražena u kilogramima.

4.3. Usporedba dimenzija privrženosti u ispitanica sa i bez bulimije nervoze, te povezanost dimenzija privrženosti i bulimije nervoze

Tablica 6 prikazuje rezultate testiranja razlika rezultata između kliničke i kontrolne skupine na dimenzijama anksioznost i izbjegavanje upitnika ECR-R.

Prema rezultatima t-testa zabilježena je statistički značajna razlika rezultata između kliničke i kontrolne skupine na dimenzijama anksioznost ($t_{98}=-5,12$, $p=0,00$) i izbjegavanje ($t_{98}=-4,30$, $p=0,00$), pri čemu su ispitanice kliničke skupine postigle više rezultate i na dimenziji anksioznost ($M=4,56$, $SD=1,20$) i na dimenziji izbjegavanje ($M=3,59$, $SD=1,39$) u odnosu na kontrolnu skupinu (anksioznost: $M=3,21$, $SD=1,41$; izbjegavanje: $M=2,41$, $SD=1,33$).

Tablica 6. Usporedba dimenzija anksioznost i izbjegavanje između kliničke i kontrolne skupine.

Subskala	Klinička skupina N=50		Kontrolna skupina N=50		t-test		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Anksioznost	4,56	1,20	3,21	1,41	-5,12	98	0,00
Izbjegavanje	3,59	1,39	2,41	1,33	-4,30	98	0,00

U nastavku obrade rezultata provedena je multipla regresijska analiza s ciljem ispitivanja koliki je doprinos anksioznosti i izbjegavanja, odnosno, da li i u kojoj mjeri objašnjavaju izraženost simptoma bulimije, pri čemu je izraženost simptoma bulimije operacionalizirana kao rezultat na skali Bulimija upitnika EDI-2. Rezultati su prikazani u Tablici 7. Ukupan regresijski model se pokazao statistički značajnim ($F_{2,97}=15,89$, $p=0,00$) te objašnjava 24,6% varijance simptoma BN.

Tablica 7. Multipla regresijska analiza dimenzija privrženosti anksioznost i izbjegavanje za kriterijsku varijablu izraženost simptoma bulimije nervoze.

Subskala					Regresijski model			
	B	β	t	p	R	R ²	F	p
Anksioznost	1,89	0,39	3,43	0,00	0,49	0,24	15,86	0,00
Izbjegavanje	0,69	0,14	1,26	0,21				

B – nestandardizirani regresijski koeficijent

β – standardizirani regresijski koeficijent

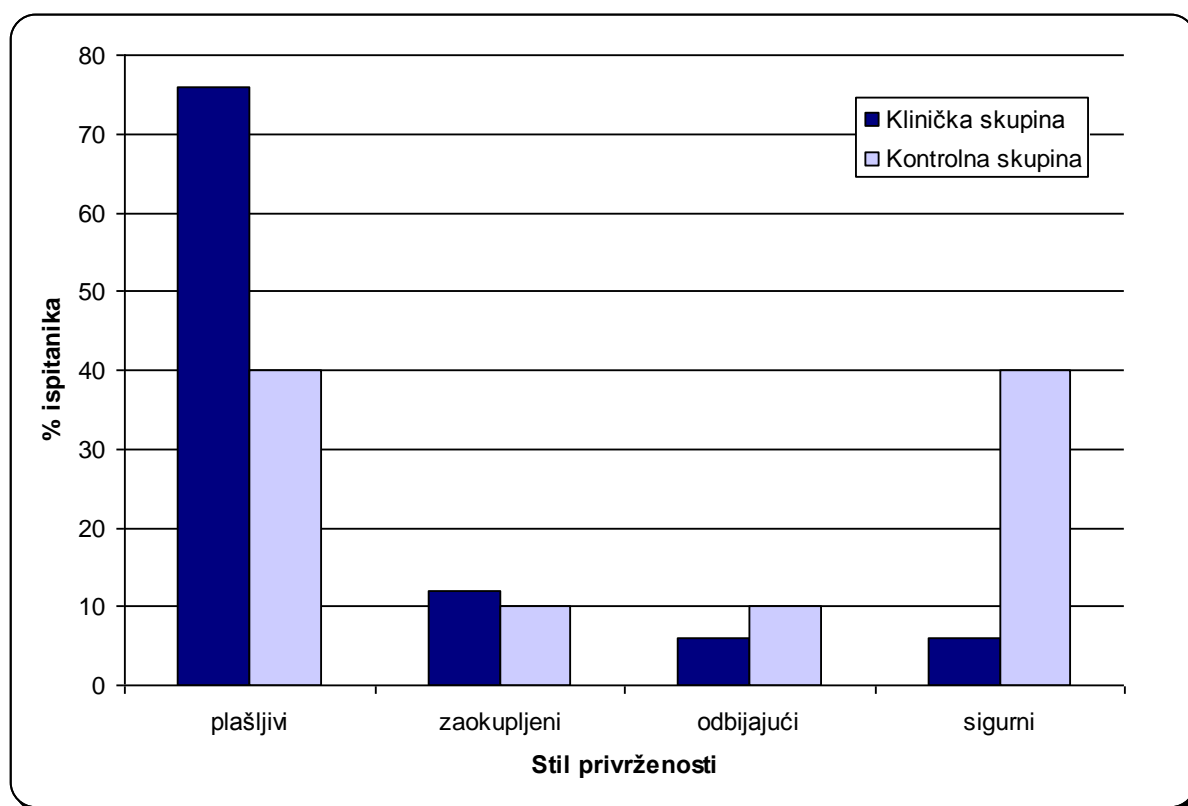
R – koeficijent multiple korelacije

R² – koeficijent multiple determinacije

Testiranje značajnosti regresijskih koeficijenata ukazuje na to da dimenzija anksioznost ($\beta=0,39$, $p=0,00$) predstavlja statistički značajan prediktor simptoma BN, dok dimenzija izbjegavanje ($\beta=0,14$, $p=0,21$) značajno ne doprinosi objašnjenju varijance simptoma BN.

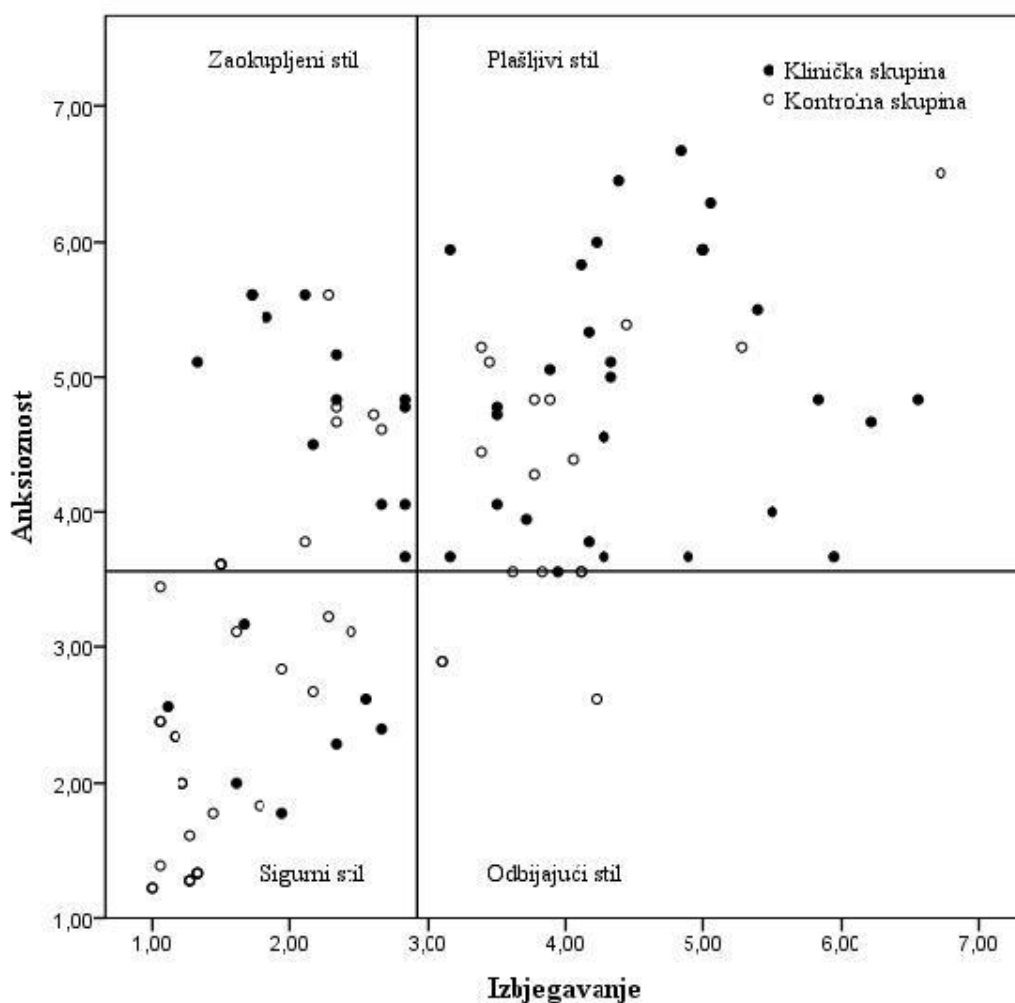
4.4. Usporedba stilova privrženosti u ispitanica sa i bez bulimije nervoze

Prema rezultatima Fisherovog egzaktnog testa sa Freeman-Halton ekstenzijom u provedenom istraživanju je zabilježena statistički značajna povezanost između pripadnosti kliničkoj odnosno kontrolnoj skupini i pripadnosti pojedinom stilu privrženosti, pri čemu je veća zastupljenost plašljivog i zaokupljenog stila privrženosti u kliničkoj skupini, dok je u kontrolnoj skupini zabilježena veća zastupljenost sigurnog stila privrženosti (Graf 6).



Graf 6. Grafički prikaz stilova privrženosti ispitanica kliničke i kontrolne skupine ($p=0,00$, Fisherov egzaktni test sa Freeman-Halton ekstenzijom za 2x4 tablice kontingencije).

Uvidom u dijagram raspršenja (Slika 2) također je vidljivo da se rezultati pacijentica sa BN grupiraju u okviru plašljivog stila privrženosti, te u nešto manjoj mjeri oko zaokupljenog stila privrženosti (oba stila su u području visoke anksioznosti).



Slika 2. Dijagram raspršenja stilova privrženosti ispitanica kliničke i kontrolne skupine.

4.5. Usporedba emocionalne regulacije u ispitanica sa i bez bulimije nervoze, te povezanost emocionalne regulacije i bulimije nervoze

Usporedba rezultata DERS upitnika ispitanica kliničke i kontrolne skupine iz provedenog istraživanja prikazana je u Tablici 8. Sukladno očekivanjima, ispitanice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na ispitanice kontrolne skupine na svim skalama upitnika DERS, kao i na ukupnom rezultatu DERS-a.

Tablica 8. Usporedba rezultata kliničke i kontrolne skupine na upitniku DERS.

DERS subskala	Klinička skupina N=50		Kontrolna skupina N=50		t-test		
	M	SD	M	SD	t	df	p
Neprihvatanje	18,60	7,14	13,22	5,44	4,23	98	0,00
Ciljevi	18,20	5,22	14,30	5,05	3,79	98	0,00
Impulsi	19,92	6,29	12,60	4,63	6,62	98	0,00
Svjesnost	18,68	5,16	15,52	3,85	3,47	98	0,00
Strategije	29,16	7,88	17,62	6,96	7,75	98	0,00
Jasnoća	16,52	5,01	10,10	3,98	7,08	98	0,00
Emicionalna regulacija	121,08	27,59	83,36	23,06	7,41	98	0,00

Povezanost između poteškoća emocionalne regulacije i izraženosti simptoma BN testirana je linearnom regresijskom analizom, rezultati su prikazani u Tablici 9. Povezanost između poteškoća emocionalne regulacije i simptoma BN pokazala se kao srednje pozitivna, a regresijski model se pokazao kao statistički značajan ($F_{1,98}=70,76$, $p=0,00$), te objašnjava ukupno 41,3% varijance simptoma BN. Testiranje značajnosti regresijskih koeficijenata ukazuje na to da poteškoće emocionalne regulacije ($\beta=0,64$, $p=0,00$) predstavljaju statistički značajan prediktor simptoma BN.

Tablica 9. Linearna regresijska analiza poteškoća emocionalne regulacije za kriterijsku varijablu izraženost simptoma bulimije nervoze.

					Regresijski model			
Varijabla	B	β	t	p	R	R ²	F	p
Emicionalna regulacija	0,14	0,64	8,41	0,00	0,64	0,41	70,76	0,00

B – nestandardizirani regresijski koeficijent

β – standardizirani regresijski koeficijent

R – koeficijent korelacije

R² – koeficijent determinacije

4.6. Doprinosi dimenzija privrženosti i emocionalne regulacije u predviđanju pripadnosti kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini

Kako bi se ispitali doprinosi dimenzija privrženosti i emocionalne regulacije u predviđanju pripadnosti skupini provedena je logistička regresijska analiza. Rezultat na dimenziji anksioznost, rezultat na dimenziji izbjegavanje i ukupan rezultat na skali emocionalne regulacije korišteni su kao prediktori, a varijabla pripadnost kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini je korištena kao kriterij.

Doprinosi pojedinih prediktora testirani su univarijantnim logističkim regresijskim analizama, a zatim su varijable čiji se doprinos pokazao kao statistički značajan uvrštene u multivarijantnu logističku regresijsku analizu. Rezultati univarijantnih logističkih regresijskih analiza su prikazani u Tablici 10. Anksioznost (Waldov $\chi^2=17,73$, $p=0,00$), izbjegavanje (Waldov $\chi^2=14,04$, $p=0,00$) i emocionalna regulacija (Waldov $\chi^2=25,13$, $p=0,00$) su se pokazali kao statistički značajni prediktori u predviđanju pripadnosti skupini. Budući da je doprinos sva tri prediktora statistički značajan, sve korištene varijable su uvrštene kao prediktori u multivarijantnu logističku regresijsku analizu s pripadnosti skupini kao kriterijem.

Tablica 10. Univarijantne logističke regresijske analize za anksioznost, izbjegavanje i ukupan rezultat na skali DERS s pripadnosti skupini kao kriterijem.

	B	Waldov test	Exp(B)	95% C.I. za Exp(B)	p
Anksioznost	-0,74	17,73	0,47	0,33-0,67	0,00
Izbjegavanje	-0,62	14,04	0,53	0,38-0,74	0,00
Emicionalna regulacija	-0,55	25,13	0,94	0,92-0,96	0,00

B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli

Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor

C.I. za Exp(B) – interval pouzdanosti za prognostičku vrijednost pojedinog prediktora

Tablica 11 prikazuje interkorelacije prediktorskih varijabli (dimenzija privrženosti anksioznost, dimenzija privrženosti izbjegavanje, emocionalna regulacija) i kriterijske varijable (pripadnost skupini). Budući da su prediktorske varijable kontinuirane, a kriterijska varijabla nominalna s dvije razine (klinička skupina i kontrolna skupina), korišten je point-

biserijalni koeficijent korelacije, dok su korelacije između prediktorskih varijabli izražene Pearsonovim koeficijentom korelacije.

Tablica 11. Interkorelacije varijabli anksioznost, izbjegavanje, emocionalna regulacija i pripadnost skupini.

	Anksioznost	Izbjegavanje	Emocionalna regulacija	Pripadnost skupini
Anksioznost	1	0,63**	0,64**	0,45**
Izbjegavanje	0,63**	1	0,45**	0,39**
Emocionalna regulacija	0,64**	0,45**	1	0,60**
Pripadnost skupini	0,45**	0,39**	0,60**	1

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Pripadnost kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini statistički značajno i pozitivno je povezana s dimenzijom anksioznost ($r=0,45$, $p < 0,01$), dimenzijom izbjegavanje ($r=0,39$, $p < 0,01$) i emocionalnom regulacijom ($r=0,60$, $p < 0,01$). Emocionalna regulacija je statistički značajno i pozitivno povezana s dimenzijom anksioznost ($r=0,64$, $p < 0,01$) i dimenzijom izbjegavanje ($r=0,45$, $p < 0,01$). Između dvije dimenzije privrženosti također je zabilježena statistički značajna pozitivna korelacija ($r=0,63$, $p < 0,01$). Vrijednosti svih koeficijenata korelacije su u okviru srednje pozitivne povezanosti.

Tablica 12. Hijerarhijska multivarijatna logistička regresijska analiza za anksioznost, izbjegavanje i emocionalnu regulaciju s pripadnosti skupini kao kriterijem uz kontrolu varijabli prihodi obitelji, obrazovanje majke i obrazovanje oca.

Korak	Varijabla	B	Waldov test	p	Exp(B)	95% C.I. za Exp(B)	χ^2	p	Negelkerke R ²
1.	Prihodi obitelji	0,75	2,70	0,1	2,13	0,86-5,26	14,41	0,02	0,18
	Obrazovanje majke	0,73	5,83	0,01	2,07	1,14-3,76			
	Obrazovanje oca	-0,81	0,07	0,78	0,92	0,50-1,67			
2.	Prihodi obitelji	0,11	0,03	0,85	1,12	0,31-4,01	63,75	0,00	0,63
	Obrazovanje majke	1,39	8,66	0,00	4,01	1,59-10,12			
	Obrazovanje oca	0,19	0,23	0,62	1,21	0,55-2,66			
	Anksioznost	-0,29	0,87	0,34	0,74	0,40-1,38			
	Izbjegavanje	-0,16	0,37	0,51	0,84	0,49-1,44			
	Emocionalna regulacija	-0,06	15,95	0,00	0,94	0,94-0,91			

B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli

Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor

C.I. za Exp(B) – interval pouzdanosti za prognostičku vrijednost pojedinog prediktora

Kako bi se ispitali doprinosi dimenzija privrženosti i emocionalne regulacije u predviđanju pripadnosti skupini provedena je hijerarhijska multivarijatna logistička regresijska analiza. Rezultat na dimenziji anksioznost, rezultat na dimenziji izbjegavanje i ukupan rezultat na skali emocionalne regulacije korišteni su kao prediktori, a varijabla pripadnost kliničkoj, odnosno kontrolnoj skupini je korištena kao kriterij. Pri tome je kontroliran utjecaj varijabli prihodi obitelji, obrazovanje majke i obrazovanje oca. Rezultati hijerarhijske multivarijatne logističke regresijske analize prikazani su u Tablici 12.

U prvom koraku analize kao prediktori u analizi su korištene varijable prihodi obitelji, obrazovanje majke i obrazovanje oca. Logistički regresijski model se pokazao kao statistički značajan ($\chi^2=14,41$, $p=0,02$). Modelom je objašnjeno ukupno 18,1% (Negelkerke R²) varijance pripadnosti skupini. Varijable prihodi obitelji (Waldov $\chi^2=2,70$, $p=0,10$) i obrazovanje oca (Waldov $\chi^2=0,07$, $p=0,92$) se nisu pokazali kao statistički značajni prediktori dok se varijabla obrazovanje majke pokazala kao statistički značajan prediktor u predviđanju pripadnosti skupini (Waldov $\chi^2=5,83$, $p=0,01$).

U drugom koraku su sve prediktorske varijable uvrštene u model. Omnibus test pokazao je da je ukupan logistički regresijski model statistički značajan ($\chi^2=63,75$, $p=0,00$). Modelom je objašnjeno ukupno 63,3% (Nagelkerke R^2) varijance pripadnosti skupini, pri čemu točnost kojom se modelom može uspješno predvidjeti pripadnost pojedinoj skupini iznosi 83,8%. Iako su obje dimenzije privrženosti u pozitivnoj korelaciji s kriterijem (Tablica 13), anksioznost (Waldov $\chi^2=0,87$, $p=0,34$) i izbjegavanje (Waldov $\chi^2=0,37$, $p=0,51$) se nisu pokazali kao značajni prediktori u modelu. Dakle, uvođenjem svih varijabli u regresijski model doprinosi varijabli vezanih uz privrženost (anksioznost i izbjegavanje) gube na značaju, dok se emocionalna regulacija pokazala kao statistički značajan prediktor u predviđanju pripadnosti skupini (Waldov $\chi^2=15,95$, $p=0,00$). Povećanjem emocionalne disregulacije (odnosno povećanjem rezultata na upitniku DERS) povećava se i vjerojatnost da će osoba bolovati od bulimije nervoze (odnosno da će pripadati kliničkoj skupini).

Varijabla obrazovanje majke je također i u drugom koraku analize ostala statistički značajan prediktor u predviđanju pripadnosti skupini (Waldov $\chi^2=8,66$, $p=0,00$), pri čemu se nižim stupnjem obrazovanja majke povećava i vjerojatnost da će osoba bolovati od bulimije nervoze.

4.7. Emocionalna regulacija kao medijator odnosa dimenzija privrženosti i bulimije nervoze

Nakon što su se anksioznost i izbjegavanje pokazali kao neznčajni, a emocionalna regulacija kao značajan prediktor u modelu, prirodu odnosa između varijabli pokušali smo objasniti medijacijskim odnosom. Izraženost simptoma bulimije operacionalizirana je kao rezultat na skali Bulimija upitnika EDI-2.

Tablica 13 prikazuje interkorelacije prediktorskih varijabli (dimenzija privrženosti anksioznost, dimenzija privrženosti izbjegavanje, emocionalna regulacija) i kriterijske varijable (simptomi bulimije) izražene Pearsonovim koeficijentom korelacije. Izraženost simptoma bulimije statistički značajno i pozitivno je povezana s dimenzijom anksioznost ($r=0,48$, $p<0,01$), dimenzijom izbjegavanje ($r=0,39$, $p<0,01$) i emocionalnom regulacijom ($r=0,64$, $p<0,01$). Također, emocionalna regulacija je statistički značajno i pozitivno povezana s dimenzijom anksioznost ($r=0,64$, $p<0,01$) i dimenzijom izbjegavanje ($r=0,45$, $p<0,01$). Zabilježena je i statistički značajna pozitivna korelacija između dvije dimenzije privrženosti ($r=0,63$, $p<0,01$).

Tablica 13. Interkorelacije prediktorskih varijabli i kriterijske varijable.

	Anksioznost	Izbjegavanje	Emocionalna regulacija	Simptomi bulimije
Anksioznost	1	0,63**	0,64**	0,48**
Izbjegavanje	0,63**	1	0,45**	0,39**
Emocionalna regulacija	0,64**	0,45**	1	0,64**
Simptomi bulimije	0,48**	0,39**	0,64**	1

** $p<0,01$, * $p<0,05$

Kako bi se dobio odgovor na 4. cilj istraživanja provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize te nakon toga analiza medijacijskog utjecaja korištenjem Sobelovog testa.

Prema Baron i Kenny (1986) procjena medijacijskog utjecaja varijable odvija se u nekoliko koraka. Prvo je nužno utvrditi postojanje odnosa na koji je moguće ostvariti medijacijski utjecaj, što se manifestira značajnim doprinosom prediktora u objašnjenju varijance kriterija, a testira se regresijskom analizom. Zatim je u drugom koraku nužno utvrditi odnos prediktora i pretpostavljenog medijatora. Pri tome je važno da prediktor

značajno doprinosi objašnjenju varijance medijatorske varijable, koja u ovom koraku regresijske analize predstavlja kriterij. U trećem koraku se u regresijsku jednadžbu kao prediktori uvrštavaju inicijalni prediktor i medijacijska varijabla te se ispituje da li inicijalni prediktor i dalje značajno doprinosi objašnjenju varijance kriterija. Smanjenje u veličini ili utvrđivanje neznačajnosti regresijskog koeficijenta za inicijalni prediktor, uz značajan doprinos medijacijske varijable u objašnjenju varijance kriterija, ukazuje na postojanje medijacije. Medijacijski utjecaj se javlja jedino kada je prediktorska varijabla značajno povezana s medijatorskom varijablom, kada je prediktorska varijabla značajno povezana s kriterijskom varijablom (kada medijatorska varijabla nije uključena u model), te kada medijatorska varijabla ima značajan samostalan doprinos objašnjenju kriterijske varijable, a utjecaj prediktorske varijable na kriterijsku varijablu se smanjuje kada se medijator doda u model (Preacher i Leonardelli, 2001). Testiranje značajnosti medijacijskog utjecaja vrši se pomoću Sobelovog testa, koji počiva na pretpostavci da kada je u regresijskoj analizi medijator uključen zajedno s prediktorskom varijablom, utjecaj prediktorske varijable se smanjuje, dok efekt medijatorske varijable ostaje značajan.

Prvom hijerarhijskom regresijskom analizom proučavano je kako se mijenja doprinos varijable anksioznost u objašnjavanju varijance kriterija (izraženost simptoma bulimije nervoze), kada se kao medijator uvede emocionalna regulacija, a rezultati su prikazani u Tablici 14. U prvom koraku je uvedena varijabla anksioznost kao prediktor i izraženost simptoma bulimije nervoze kao kriterij. Samostalni doprinos anksioznosti u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze se pokazao statistički značajnim ($\beta=0,48$, $t=5,47$, $p=0,00$), te je njome objašnjeno 23% varijance kriterija. U drugom koraku je uvedena varijabla anksioznost kao prediktor i emocionalna regulacija kao kriterij. Doprinos anksioznosti u objašnjenju varijance emocionalne regulacije također se pokazao statistički značajnim ($\beta=0,64$, $t=8,37$, $p=0,00$), a objašnjava 41% varijance kriterija. U trećem su koraku uvedene varijable anksioznost i emocionalna regulacija kao prediktori i izraženost simptoma bulimije nervoze kao kriterij. Nakon uvođenja emocionalne regulacije doprinos anksioznosti u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze postao je statistički neznačajan ($\beta=0,11$, $t=1,11$, $p=2,66$), dok je utjecaj emocionalne regulacije i dalje ostao statistički značajan ($\beta=0,57$, $t=5,70$, $p=0,00$).

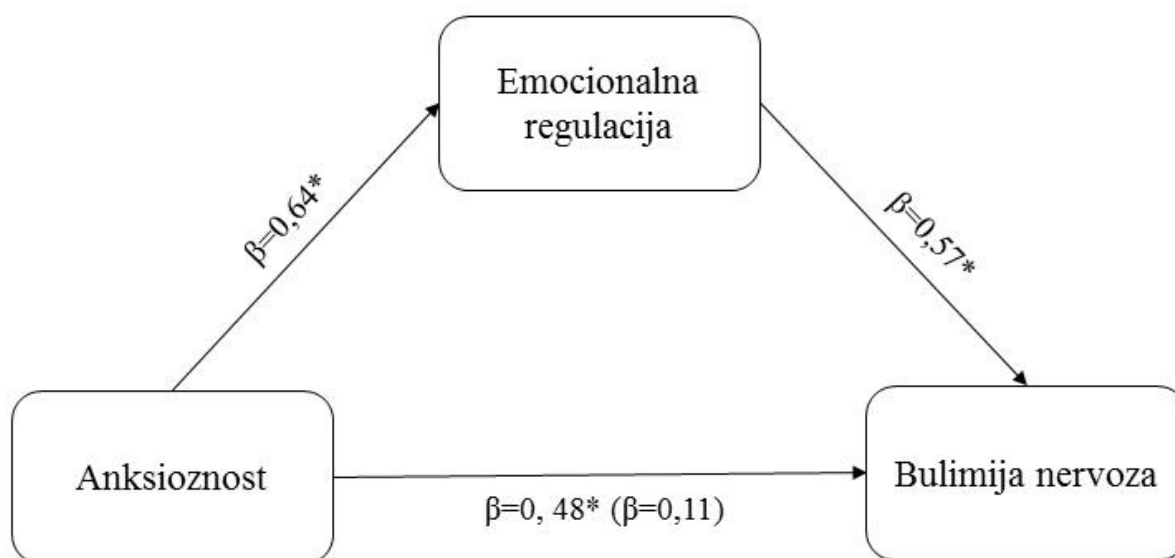
Tabela 14. Hijerarhijska regresijska analiza emocionalne regulacije kao potencijalnog medijatora odnosa između dimenzije anksioznost i simptoma BN.

Korak	Varijabla	β	t	p	Regresijski model			
					R	R ²	F	p
1.	Anksioznost*	0,48	5,47	0,00	0,48	0,23	29,95	0,00
2.	Anksioznost**	0,64	8,37	0,00	0,64	0,41	70,13	0,00
3.	Anksioznost*	0,11	1,11	2,66	0,65	0,42	36,09	0,00
	Emocionalna regulacija	0,57	5,70	0,00				

* ZV: Izraženost simptoma bulimije

** ZV: Emocionalna regulacija

Rezultati Sobelovog testa ukazuju da je medijacijski utjecaj emocionalne regulacije na povezanost anksioznosti i simptoma bulimije statistički značajan ($z'=4,43$, $p=0,00$). Svi navedeni uvjeti za medijaciju su zadovoljeni te je potvrđeno postojanje medijacijskog utjecaja emocionalne regulacije na povezanost anksioznosti i izraženosti simptoma bulimije nervoze.



Slika 3. Emocionalna regulacija kao medijator odnosa između dimenzije anksioznost i simptoma bulimije nervoze. * $p<0,05$.

Drugom hijerarhijskom regresijskom analizom proučavano je kako se mijenja doprinos varijable izbjegavanje u objašnjavanju varijance kriterija (izraženost simptoma bulimije nervoze), kada se kao medijator uvede emocionalna regulacija, a rezultati su prikazani u Tablici 15. U prvom koraku je kao prediktor uvedena varijabla izbjegavanje, a izraženost simptoma bulimije nervoze kao kriterij. Samostalni doprinos varijable izbjegavanje u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze se pokazao statistički značajnim ($\beta=0,39$, $t=4,23$, $p=0,00$), te je njome objašnjeno 15% varijance kriterija. U drugom koraku je uvedena varijabla izbjegavanje kao prediktor i emocionalna regulacija kao kriterij. Doprinos izbjegavanja u objašnjenju varijance emocionalne regulacije također se pokazao statistički značajnim ($\beta=0,45$, $t=5,10$, $p=0,00$), a objašnjava 21% varijance kriterija. U trećem su koraku uvedene varijable izbjegavanje i emocionalna regulacija kao prediktori i izraženost simptoma bulimije nervoze kao kriterij. Nakon uvođenja emocionalne regulacije doprinos izbjegavanja u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze izgubio je statističku značajnost ($\beta=0,12$, $t=1,42$, $p=0,15$), dok je utjecaj emocionalne regulacije ostao statistički značajan ($\beta=0,59$, $t=6,68$, $p=0,00$).

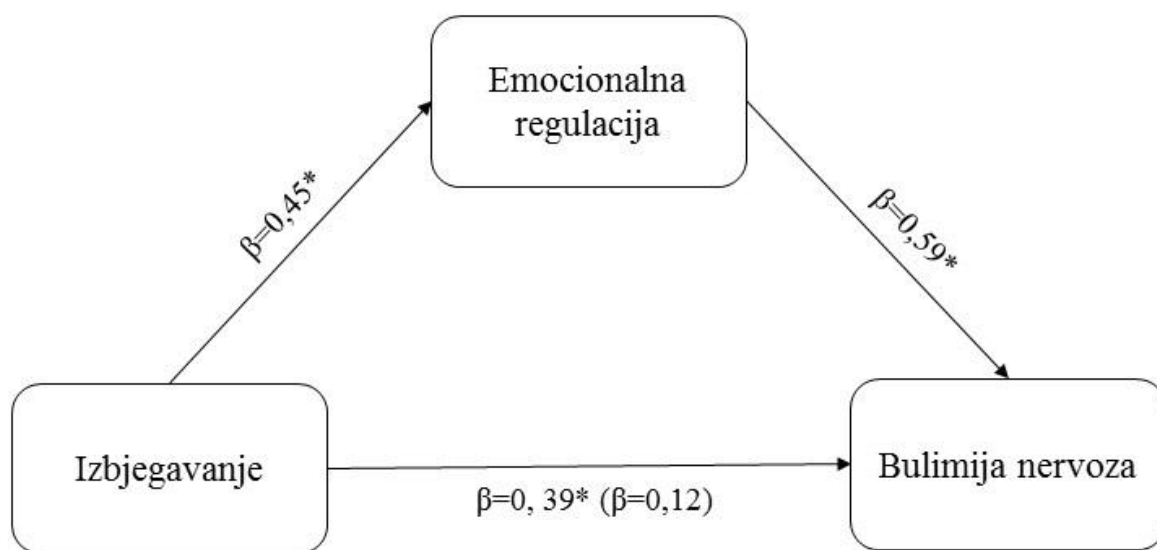
Tablica 15. Hijerarhijska regresijska analiza emocionalne regulacije kao potencijalnog medijatora odnosa između dimenzije izbjegavanje i simptoma BN.

Korak					Regresijski model			
	Varijabla	β	t	p	R	R^2	F	p
1.	Izbjegavanje*	0,39	4,23	0,00	0,39	0,15	17,95	0,00
2.	Izbjegavanje**	0,45	5,10	0,00	0,45	0,21	26,07	0,00
3.	Izbjegavanje*	0,12	1,42	0,15	0,65	0,43	36,75	0,00
	Emocionalna regulacija	0,59	6,86	0,00				

* ZV: Izraženost simptoma bulimije

** ZV: Emocionalna regulacija

Rezultati Sobelovog testa ukazuju da je medijacijski utjecaj emocionalne regulacije na povezanost izbjegavanja i simptoma bulimije statistički značajan ($z'=5,26$, $p=0,00$), čime je potvrđeno postojanje medijacijskog utjecaja emocionalne regulacije na povezanost izbjegavanja i izraženosti simptoma bulimije nervoze.



Slika 4. Emocionalna regulacija kao medijator odnosa između dimenzije izbjegavanje i simptoma bulimije nervoze. * $p<0,05$.

5. RASPRAVA

5.1. Socio-demografske karakteristike ispitanica

U provedenom istraživanju je sudjelovalo je ukupno 100 ispitanica podijeljenih u kliničku i kontrolnu skupinu. Kliničku skupinu činilo je 50 pacijentica oboljelih od bulimije nervoze, a kontrolnu skupinu 50 zdravih ispitanica. Ispitanice kliničke i kontrolne skupine su ujednačene prema dobi (raspon dobi 15-25 godina; Graf 1) te prema trenutnom obrazovnom i radnom statusu (Graf 2).

Od promatranih socio-demografskih karakteristika ispitanica zabilježena je statistički značajna povezanost između pripadnosti kliničkoj odnosno kontrolnoj skupini i visine mjesečnih prihoda obitelji, pri čemu je u kliničkoj skupini veća zastupljenost djevojaka iz obitelji s ispodprosječnim primanjima u odnosu na kontrolnu skupinu, dok je u kontrolnoj skupini veća zastupljenost djevojaka iz obitelji s prosječnim i iznadprosječnim primanjima (Graf 3).

Ovi podaci su u skladu s nalazima Goeree, Ham i Iorio (2011), u čijem uzorku djevojke iz obitelji niskog socio-ekonomskog statusa pokazuju 32% više simptoma bulimije nervoze (mjereno na skali Bulimija uputnika EDI) u usporedbi s djevojkama iz obitelji srednjeg socio-ekonomskog statusa, te čak 40% više simptoma BN u usporedbi s djevojkama iz obitelji visokog socio-ekonomskog statusa. Ovi su podaci u suprotnosti s popularnim shvaćanjem poremećaja hranjenja, prema kojem od poremećaja hranjenja obolijevaju djevojke iz obitelji visokog socio-ekonomskog statusa. Takvo je uvriježeno shvaćanje ispravno isključivo kada je riječ o dijagnozi poremećaja hranjenja, što sugerira značajne razlike u traženju stručne pomoći i liječenju između različitih socio-ekonomskih grupa. Goeree, Ham i Iorio (2011) navode da djevojke iz kućanstava s visokim primanjima i visoko obrazovanim roditeljima imaju gotovo dvostruko veću vjerojatnost dobivanja dijagnoze poremećaja hranjenja.

Na našem je uzorku zabilježena statistički značajna povezanost između pripadnosti skupini i stupnja obrazovanja roditelja (Graf 4; Graf 5), pri čemu je veća zastupljenost roditelja sa završenom osnovnom, srednjom i višom školom kod ispitanica koje boluju od BN, dok je kod zdravih ispitanica kontrolne skupine zabilježena veća zastupljenost roditelja sa završenim fakultetom. Rezultati sugeriraju veću pojavnost BN u obiteljima s roditeljima nižeg obrazovanog statusa, što je također u skladu s nalazima Goeree, Ham i Iorio (2011), te u kontrastu sa spomenutim popularnim shvaćanjem BN.

5.2. Simptomi poremećaja hranjenja, indeks tjelesne mase i oscilacije u tjelesnoj težini

5.2.1. Simptomatika poremećaja hranjenja

Za mjeru simptoma poremećaja hranjenja korišten je samoprocjenski upitnik EDI-2 (Garner, 1991). Usporedba rezultata EDI-2 upitnika ispitanica kliničke i kontrolne skupine prikazana je u Tablici 4. Sukladno očekivanjima, ispitanice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na ispitanice kontrolne skupine na svim skalama upitnika EDI-2.

Konverzijom bruto rezultata u centile te usporedbom sa referentnim vrijednostima za pacijentice s BN (Garner, 1991) vidljivo je da pacijentice s BN iz našeg istraživanja postižu očekivane rezultate na skalama težnja za vitkošću, bulimija, neučinkovitost, perfekcionizam i socijalna nesigurnost, nešto niži rezultat na skali nezadovoljstvo tijelom, te povišene rezultate na skalama nepovjerenje u socijalnim odnosima, svjesnost o tjelesnim potrebama, strah od odrastanja, asketizam i regulacija impulsa. Pri tome se mogu izdvojiti skale strah od odrastanja (92. centil) i regulacija impulsa (82. centil), koje su najviše izražene. Strah od odrastanja se odnosi na želju da se izbjegnu zadaci odraslih te je povezan s crtama ličnosti koje uključuju nesigurnost, nesposobnost za odnose, neučinkovitost, te nesposobnost tražiti i dobiti pomoć od drugih. Visok rezultat na skali regulacija impulsa ukazuje na tendenciju prema impulzivnosti, zlouporabi psihoaktivnih tvari, nesmotrenosti, hostilnosti, destruktivnosti u interpersonalnim odnosima te autodestruktivnosti (Casper, 1990). Ove se karakteristike preklapaju s karakteristikama graničnog poremećaja osobnosti (Garner i sur., 1990), odnosno s poremećajima ličnosti klastera B (Haedt-Matt i Keel, 2011), a također se konceptualno preklapaju sa subskalom upitnika MMPI psihopatska devijacija, za koju je ustanovljeno da dobro diskriminira bulimične i nebulimične grupe ispitanika (Dykens i Gerrard, 1986).

5.2.2. Indeks tjelesne mase i oscilacije u tjelesnoj težini

Tablica 5 prikazuje testiranje razlika između kliničke i kontrolne skupine prema stvarnom ITM-u, željenom ITM-u i oscilacijama u tjelesnoj težini (mjerena u terminu razlika između navise i najniže tjelesne težine). Prema rezultatima t-testa nije zabilježena statistički značajna razlika u stvarnom trenutnom ITM-u između ispitanica kliničke skupine i ispitanica kontrolne skupine. Ovi su rezultati u skladu s očekivanjima jer je poznato da pacijentice koje boluju od BN najčešće nisu upadno mršave, mogu biti prosječne ili iznadprosječne težine

(Marčinko, 2013). Upravo iz toga razloga njihova bolest često prođe nezapaženo, za razliku od pacijentica koje boluju od anoreksije nervoze. Oko 65% osoba koje boluju od BN imaju tjelesnu težinu u okviru prosječne, s indeksom tjelesne mase između 18,5 i 29,9, dok ih je samo 3,5% snižene tjelesne težine s indeksom tjelesne mase manjim od 18,5 (Hudson i sur., 2007).

Razlika u željenom ITM-u, izraženom preko stvarne trenutne tjelesne visine i težine koju su ispitanice definirale kao idealne, odnosno težine koju bi željele imati, između ispitanica kliničke skupine i ispitanica kontrolne skupine pokazala se statistički značajnom, pri čemu je željeni ITM značajno niži kod ispitanica kliničke skupine, dok je željeni ITM kod ispitanica kontrolne skupine samo nešto niži u odnosu na njihov stvarni ITM.

U skladu s ovim nalazima je i podatak da je kod pacijentica s BN značajno izražena težnja za vitkošću, ali i negativan predznak korelacije između težnje za vitkošću i željenog ITM-a, što sugerira niži željeni ITM kod izraženije težnje za vitkošću. Pacijentice s BN su vrlo često preokupirane vlastitim izgledom i slikom tijela (Maxmen i Ward, 1995), a Fairburn i Cooper (1984) smatraju da su iracionalne kognicije, posebno one o vlastitom tjelesnom izgledu, najznačajniji faktori ciklusa prejedanja i pražnjenja kod bulimičnih pacijentica. Konstrukt težnja za vitkošću je deriviran od „neumorne potrage za vitkošću“, koju je Bruch (1973) opisao kao temeljnu odrednicu psihopatologije BN i AN, a težnja za vitkošću, odnosno strah od debljanja predstavlja bitan simptom kod postavljanja dijagnoze poremećaja hranjenja (Garner, 1991).

Osim razlika u željenoj težini i željenom indeksu tjelesne mase između ispitanica kliničke i kontrolne skupine zabilježena je i razlika u oscilacijama u tjelesnoj težini (razlika između najviše i najniže tjelesne težine), pri čemu je osciliranje u tjelesnoj težini kod ispitanica kliničke skupine značajno veće nego kod ispitanica kontrolne skupine.

5.3. Dimenzije privrženosti i bulimija nervoza

Bliskost u odnosima predstavlja svojevrsnu problematiku kod pacijentica koje boluju od BN. Naime, utvrđeno je da pacijentice s ovim poremećajem izvještavaju o poteškoćama u doživljavanju bliskosti s parterima i niskoj razini zadovoljstva u odnosima (Evans i Wertheim, 1998), izvještavaju o strahu od intimnosti (Pruitt, Kappius, i Gorman, 1990), te o izbjegavanju interpersonalnih odnosa (Thelen i sur., 1990). Okvir za objašnjenje i razumijevanje bliskih odnosa osoba s BN pruža nam teorija privrženosti (Evans i Wertheim,

2005). Privrženost je mehanizam putem kojega pojedinci formiraju bliske odnose s drugima. Ti su procesi prvotno opisani u odnosu između majke i djeteta, no kasnije je privrženost opisana i u intimnim odnosima kod odraslih (Hazan i Shaver, 1987). Privrženost se u tom kontekstu odnosi na mentalnu reprezentaciju (tj. unutarnji radni model) sebe i drugih u bliskim odnosima, te predstavlja vjerovanje o tome da „ja“ zaslužujem da se netko o meni brine, a da je taj „drugi“ prema meni brižan i osjetljiv te mi stoji na raspolaganju (Hazan i Shaver, 1994).

Na području konceptualizacije i mjerenja privrženosti posljednjih desetljeća došlo je do značajnijih promjena. U početku je privrženost koncipirana kroz tri kategorije; sigurna, anksiozna i izbjegavajuća (Hazan i Shaver, 1987), da bi u kasnijem radu izbjegavajuća privrženost bila podijeljena na dvije kategorije (Bartholomew i Horowitz, 1991). Najnovije spoznaje sugeriraju da je individualne razlike u privrženosti opravdanije opisati putem dimenzionalnog nego putem kategorijalnog pristupa (Fraley i Waller, 1998; Fraley i Spieker 2003; Roisman, Fraley i Belsky, 2007). Nalazi do kojih su došli Brennan, Clark i Shaver (1998) sugeriraju postojanje dvije temeljne bipolarne ortogonalne dimenzije u podlozi odrasle privrženosti. Jedna dimenzija je nazvana anksioznost, a druga dimenzija je nazvana izbjegavanje.

Pacijentice s većom razinom anksioznosti imaju tendenciju da budu izrazito zaokupljene odnosima, posebno kada se radi o mogućnosti napuštanja i gubitka (Mallinckrodt, 2000). Sklone su hiperaktivaciji sustava privrženosti i emocija te se često prisjećaju odnosa u kojima se doživjele gubitak i emocionalnu povredu (Fuendeling, 1998). Zaokupljenost odnosima uz strah od napuštanja predstavlja potencijalni rizik za izražavanje simptoma poremećaja hranjenja (Tasca i Balfour, 2014).

Pacijentice s većom razinom izbjegavanja karakterizira odbacivanje važnosti odnosa općenito, a osobito odnosa privrženosti (Mallinckrodt, 2000). One minoriziraju svoje emocionalne doživljaje, u određenim slučajevima čak do razine da emocije budu u potpunosti odbačene, te nerijetko imaju poteškoće u izražavanju emocija. Svoj sustav privrženosti deaktiviraju, te se otežano dosjećaju ranijih odnosa privrženosti (Fuendeling, 1998).

Tablica 6 prikazuje rezultate testiranja razlika između kliničke i kontrolne skupine na dimenzijama anksioznost i izbjegavanje. Na obje dimenzije privrženosti ispitanice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na ispitanice kontrolne skupine. Dobiveni nalazi su u skladu s pretpostavkama prema kojima se od ispitanica s BN očekuje viša razina anksioznosti i izbjegavanja, što sugerira da bolesnice s BN bliske odnose doživljavaju kroz stalan oprez, osjećaj straha i brige od mogućeg odbijanja i napuštanja

(anksioznost), te kroz neugodu od bliskosti (izbjegavanje), što je definirano kao plašljivi stil privrženosti (Bartholomew & Horowitz, 1991). Dobiveni nalazi su također u skladu s nalazima istraživanja koje su proveli Evans i Wertheim (2005) te Salzman (1997).

Tablica 15 ukazuje na statistički značajnu pozitivnu povezanost obje dimenzije privrženosti s izraženosti simptoma BN, pri čemu je povezanost između dimenzije anksioznost i simptoma BN snažnija nego povezanost dimenzije izbjegavanje i simptoma BN.

Doprinosi dimenzije anksioznost i dimenzije izbjegavanje u objašnjenju varijance izraženosti simptoma BN su testirani multiplom regresijskom analizom (Tablica 7). Rezultati ukazuju na to da je dimenzija anksioznost značajan prediktor izraženosti simptoma BN, dok se izbjegavanje u zajedničkom modelu pokazalo kao neznatčan prediktor, što ukazuje na to da je dimenzija anksioznost snažniji korelat simptoma bulimije nervoze te da bolje predviđa izraženost simptoma BN nego dimenzija izbjegavanje. Osvrnuvši se na literaturu o ličnosti i poremećajima hranjenja (Cassin i von Ranson, 2005), moguće je zaključiti da osobe koje boluju od BN u odnosima privrženosti pokazuju veću razinu anksioznosti, čemu dobiveni nalazi idu u prilog. Anksioznost se u odnosima privrženosti kod pacijentica s BN povezuje sa slabijim kapacitetom za regulaciju emocija, dok se izbjegavanje u odnosima privrženosti teorijski povezuje s AN i povećanom kontrolom emocija. Međutim, empirijski dokazi u do sada provedenim istraživanjima su prilično ograničeni.

Veličina i smjer standardiziranih beta-koeficijenata ukazuje da pacijentice kod kojih je zabilježena izraženija anksioznost pokazuju i veću izraženost simptoma BN, odnosno nalazi sugeriraju da povećana anksioznost u odnosima privrženosti može predstavljati rizični faktor za izraženiju simptomatiku bulimije nervoze. Do sada je provedeno samo nekoliko istraživanja o mogućem mehanizmima na koji anksioznost u odnosima privrženosti djeluje na psihopatologiju poremećaja hranjenja (Tasca i Balfour, 2014).

5.4. Stilovi privrženosti i bulimija nervoze

U svrhu dodatne analize učinjena je i usporedba zabilježenih kategorija, odnosno stilova privrženosti. Dimenzije privrženosti anksioznost i izbjegavanje moguće je interpretirati i u skladu sa stilovima privrženosti. Nizak rezultat na obje dimenzije ukazuje da je pojedinac sigurno privržen, odnosno da je sposoban ostvariti bliske i zadovoljavajuće odnose. Visok rezultat na dimenziji anksioznost uz nizak rezultat na dimenziji izbjegavanje karakterizira pojedinca koji je oprezan, u strahu od odbacivanja i odbijanja, te zahtjevnog u vidu stalne potrebe za potvrdom prihvaćenosti od strane bliske osobe (zaokupljeni stil

privrženosti). Visoki rezultati na obje dimenzije sugeriraju da se pojedinac boji emocionalne bliskosti s drugim osobama, radi čega se emocionalno povlači (plašljivi stil privrženosti). Konačno, nizak rezultat na dimenziji anksioznost uz visok rezultat na dimenziji izbjegavanje ukazuje na pojedinca koji izbjegava emocionalnu blizinu (odbacujući stil privrženosti) (Fraley i sur., 2000).

Prevalencija nesigurnih stilova privrženosti kod pacijentica s poremećajima hranjenja varira od 70% (Ramacciotti i sur., 2001; Lunn, Poulsen i Daniel, 2012) do 100% (Ringer i Crittenden, 2007). U našem uzorku ispitanica koje boluju od BN prevalencija nesigurnih stilova privrženosti iznosi čak 94% (Graf 6). Nekoliko je studija izvijestilo o većoj incidenciji izbjegavajućih privrženosti (odbijajuća i plašljiva) u odnosu na anksioznu privrženost (zaokupljena) kod pacijentica s AN i BN (Barone i Guiducci, 2009; Latzer i sur., 2002), no broj do sada provedenih istraživanja je premalo da bi se mogao izvesti zaključak o relativnoj prevalenciji kategorija privrženosti kod poremećaja hranjenja (Tasca i Balfour, 2014).

Prema rezultatima Fisherovog egzaktnog testa sa Freeman-Halton ekstenzijom u provedenom istraživanju je zabilježena statistički značajna povezanost između pripadnosti kliničkoj odnosno kontrolnoj skupini i pripadnosti pojedinom stilu privrženosti, pri čemu je veća zastupljenost plašljivog i zaokupljenog stila privrženosti u kliničkoj skupini, dok je u kontrolnoj skupini zabilježena veća zastupljenost sigurnog stila privrženosti (Graf 6). Uvidom u dijagram raspršenja (Slika 2) također je vidljivo da se rezultati pacijentica sa BN grupiraju u okviru plašljivog stila privrženosti, te u nešto manjoj mjeri oko zaokupljenog stila privrženosti (oba stila su u području visoke anksioznosti). Nalazi su djelomično u skladu s prethodnim istraživanjima, u kojima su ispitanice s BN dominantno bile asocirane sa zaokupljenim stilom privrženosti, te u nekim istraživanjima sa odbacujućim stilom privrženosti (Zachrisson i Skårderud, 2010).

5.5. Emocionalna regulacija i bulimija nervoza

U provedenom istraživanju, sukladno očekivanjima, ispitanice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na ispitanice kontrolne skupine na svim skalama upitnika DERS, kao i na ukupnom rezultatu DERS-a (Tablica 8).

Povišen rezultat na skali neprihvatanje emocionalne reakcije (Neprihvatanje) ukazuje na to da pacijentice iz kliničke skupine koje boluju od BN pokazuju tendenciju negativnog sekundarnog emocionalnog odgovora na vlastite negativne emocije. Primjerice, kada se radi nečega uzrujaju, javljaju se osjećaji srama, neugode, krivnje ili to čak doživljavaju kao znak vlastite slabosti. Povišeni rezultati na skali neprihvatanje emocionalne reakcije u istraživanju Lavender i sur. (2014) značajno su korelirali sa intenzitetom simptoma poremećaja hranjenja kod pacijentica s BN.

Na skali poteškoće u usmjeravanju ka cilju pri stanju emocionalne pobuđenosti (Ciljevi) pacijentice koje boluju od BN također su postigle značajno više rezultate od zdravih ispitanica, te su prijavile više poteškoća s koncentracijom, usmjeravanjem na zadatak i završavanjem već započetih poslova. Ispitanice sa BN u istraživanju Svaldi i sur. (2012) također su pokazale više poteškoća u cilju usmjerenom ponašanju u odnosu na zdrave ispitanice, te čak i u odnosu na ispitanice koju su bolovale od poremećaja prejedanja.

Budući da se BN često povezuje s impulzivnošću (Jáuregui Lobera, 2011), odnosno s poremećajima ličnosti klastera B i karakteristikama ličnosti asociranim s ovim klasterom; visoka impulzivnost, emocionalna nestabilnost i neinhibiranost (Haedt-Matt i Keel, 2011), bilo je očekivano da će ispitanice s BN pokazati više poteškoća s kontrolom impulsa, što je u provedenom istraživanju i potvrđeno. Kod njih je zabilježena veća razina preplavlivanja emocijama i gubitka kontrolne nad vlastitim ponašanjem pri doživljavanju negativnih emocija i stresa. Svaldi i sur. (2012) također izvještavaju o većoj impulzivnosti kod pacijentica s BN u odnosu na zdrave kontrole, a Lavender i sur. (2014) su zabilježili najsnažniju korelaciju skale poteškoća kontrole impulsa prilikom doživljavanja negativnih emocija (Impulsi), sa simptomima poremećaja hranjenja kod pacijentica s BN u odnosu na sve ostale skale upitnika DERS.

Na skali nedostatak emocionalne svjesnosti (Svjesnost), koja odražava nesvjesnost i ne obraćanje pažnje na vlastite emocionalne odgovore, pacijentice s bulimijom nervozom su postigle značajno više rezultate u odnosu na kontrolnu skupinu. U znatno manjoj mjeri obraćaju pažnju na emocije, u manjoj mjeri prihvaćaju vlastite emocije, manje im je stalo do vlastitih emocija te manje vremena ulažu u razmatranje kako se osjećaju u pojedinim

situacijama. U istraživanju Lavender-a i sur. (2014) ispitanice sa BN također su u odnosu na kontrolnu skupinu u značajno većoj mjeri pokazali nedostatak emocionalne svjesnosti. U odnosu na druge kliničke skupine nije bilo statistički značajnih razlika, no važno je istaknuti da je kod ispitanica sa BN registrirana manja razina emocionalne svjesnosti nego kod skupine ispitanica sa anoreksijom te od skupine ispitanica sa poremećajem prejedanja.

Skala ograničen pristup strategijama regulacije emocija (Strategije) odražava uvjerenje da se ne može gotovo ništa učiniti kako bi se učinkovito reguliralo emocije u slučaju emocionalne pobuđenosti (Gratz i Roemer, 2004). Pacijentice s BN vjeruju da će, ukoliko se uznemire, ostati uznemirene duže vrijeme, što će na kraju rezultirati osjećajem tuge i depresivnosti, smatraju da ne mogu ništa učiniti kako bi se osjećale bolje, osjećaju se preplavljeno emocijama, a radi svega se posljedično osjećaju nezadovoljno sobom. Ograničen pristup strategijama regulacije emocija korelirao je sa intenzitetom simptomima poremećaja hranjenja kod pacijentica s BN (Lavender i sur., 2014), a u istraživanju Svaldi i sur. (2012) pacijentice s BN imale su slabije strategije i od zdravih ispitanica i od ispitanica sa poremećajem prejedanja.

Kada se radi o nedostatku emocionalne jasnoće (Jasnoća), ispitanice s BN su pokazale veću nejasnoću i konfuziju vezano za razumijevanje vlastitih emocionalnih stanja. Navode kako im nije jasno što osjećaju, nejasne su im vlastite emocije te im često nije jasno zašto proživljavaju pojedine emocije. Svaldi i sur. (2012) navode kako ispitanice s bulimijom u većoj mjeri doživljavaju nedostatak emocionalne jasnoće od zdravih ispitanica, ali i od pacijentica s anoreksijom nervozom, poremećajem prejedanja i depresivnim poremećajem.

Na ukupnom rezultatu upitnika DERS (DERS ukupno), koji je korišten kao mjera deficita emocionalne regulacije, sukladno očekivanjima, pacijentice s BN postigle su značajno viši rezultat u odnosu na zdrave ispitanice iz kontrolne skupine, što jasno ukazuje na više poteškoća u reguliranju emocija. Osim ukupnog rezultata, kao najdeficitarniji aspekti emocionalne regulacije izdvajaju se nedostatak emocionalne jasnoće, ograničen pristup strategijama regulacije emocija i poteškoće kontrole impulsa prilikom doživljavanja negativnih emocija. Rezultati su slični nalazima Lavendera i sur. (2014), koji osim navedenih aspekata izdvajaju i neprihvatanje emocionalne reakcije.

Ukupne poteškoće emocionalne regulacije značajno su povezane sa simptomatikom BN, te predstavljaju statistički značajan prediktor simptoma BN, na način da pacijentice kod kojih su zabilježene izraženije poteškoće emocionalne regulacije pokazuju i veću izraženost simptoma BN (Tablica 9). Dobiveni rezultati su u skladu s nalazima prethodnih studija koje ukazuju na to da osobe koje boluju od poremećaja hranjenja, uključujući BN, iskazuju veću

razinu poteškoća emocionalne regulacije (Harrison i sur., 2010b; Svaldi i sur., 2012), kao i u skladu s teorijskim modelima prema kojima poteškoće emocionalne regulacije doprinose psihopatologiji poremećaja hranjenja, te djeluju kao neprikladne strategije upravljanja vlastitim emocijama (Wildes i sur., 2010; Haynos i Fruzzetti, 2011; Wonderlich i sur., 2014).

5.6. Dimenzije privrženosti, emocionalna regulacija i dijagnoza bulimije nervoze

Prevalencija nesigurne privrženosti kod poremećaja hranjenja zabilježene u dosadašnjim istraživanjima varira od 70% (Ramacciotti i sur., 2001; Lunn, Poulsen i Daniel, 2012) pa sve do 100% (Ringer i Crittenden, 2007). Nekoliko studija izvještava o većoj incidenciji izbjegavajuće privrženosti, dok druge studije naglašavaju anksioznu privrženost kod BN, no s obzirom na mali broj istraživanja i ograničene nalaze ne postoje čvrsti dokazi o prevalenciji pojedinih kategorija nesigurne privrženosti u populaciji pacijentica s BN (Tasca i Balfour, 2014).

Osim nesigurne privrženosti istraživači naglašavaju i ulogu deficitarne emocionalne regulacije kod BN (Lavender i sur., 2014). Istraživanja sugeriraju da poteškoće s regulacijom emocija doprinose simptomatici BN (Haynos i Fruzzetti, 2011; Wildes i sur., 2010), određeni aspekti disfunkcionalne emocionalne regulacije prethode epizodama prejedanja (Hilbert i Tuschen-Caffier, 2007), a što je u vezi s neadekvatnom kontrolom impulsa, karakterističnom za BN.

Budući da teorijski i empirijski modeli naglašavaju ulogu nesigurne privrženosti i deficitarne emocionalne regulacije kod BN, cilj je bio provjeriti da li anksioznost, izbjegavanje i emocionalna regulacija značajno doprinose predviđanju hoće li osoba imati bulimiju nervozu.

Doprinosi pojedinih varijabli su testirani univarijantnim logističkim regresijskim analizama, a rezultati ukazuju na to da obje dimenzije privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) i emocionalna regulacija uspješno predviđaju da li će osoba bolovati od BN (Tablica 10).

Nakon što se pokazalo da sve tri varijable značajno doprinose objašnjenju pripadnosti skupini, uvrštene su u hijerarhijsku multivarijantnu logističku regresijsku analizu, pri čemu je kontroliran utjecaj varijabli prihodi obitelji, obrazovanje majke i obrazovanje oca.

U prvom koraku analize od korištenih sociodemografskih varijabli obrazovanje majke se pokazalo kao statistički značajan prediktor, dok su se prihodi obitelji i obrazovanje oca pokazali kao neznačajni (Tablica 12).

U drugom koraku analize anksioznost i izbjegavanje su se, unatoč pozitivnoj povezanosti sa deficitima emocionalne regulacije te sa pripadnosti skupini (Tablica 11), pokazali kao neznčajni prediktori u modelu, dok se emocionalna regulacija pokazala kao značajan prediktor, kao i obrazovanje majke (Tablica 12). Prema dobivenom modelu povećanjem emocionalne disregulacije, kao i sa nižim stupnjem obrazovanja majke povećava se i vjerojatnost da će osoba bolovati od bulimije nervoze.

Dobiveni rezultati su u skladu s nalazima prethodnih studija koje ukazuju na to da osobe koje boluju od BN iskazuju veću razinu poteškoća emocionalne regulacije (Harrison i sur., 2010b; Svaldi i sur., 2012),

Kada je riječ o stupnju obrazovanja majke nalazi dosadašnjih istraživanja su nekonzistentni. Prema Vandereycken i Pierloot (1983) bulimični pacijenti pokazuju tendenciju da imaju roditelje nižeg obrazovanja, a njihovim nalazima u prilog idu i nalazi Pope, Champoux i Hudson (1987), te nalazi Rand i Kulda (1992). Goodman, Heshmati i Koupil (2014) su u svojoj longitudinalnoj studiji provedenoj u Švedskoj na uzorku od čak 15,747 ispitanica sa dijagnozom poremećaja hranjenja zabilježili pozitivnu povezanost između BN i obrazovanja majke, pri čemu je viši stupanj obrazovanja majke predviđao veću incidenciju BN kod kćeri. Neka pak istraživanja nisu zabilježila značajnu povezanost između navedenih varijabli (Johnson i sur., 1982). Ranije je spomenuto preklapanje između karakteristika BN i graničnog poremećaja osobnosti (Garner i sur., 1990), a nalazi istraživanja ukazuju na vezu između niskog socioekonomskog statusa i graničnog poremećaja osobnosti (Cohen i sur., 2008).

5.7. Emocionalna regulacija kao medijator odnosa dimenzija privrženosti i bulimije nervoze

Nakon što su se dimenzija anksioznost i dimenzija izbjegavanje pokazali kao neznčajni, a emocionalna regulacija kao značajan prediktor u modelu, prirodu odnosa između varijabli pokušali smo objasniti medijacijskim odnosom. Prema nekim gledištima nesigurna privrženost može doprinijeti razvoju disfunkcionalnih strategija emocionalne regulacije, što nadalje može rezultirati razvojem simptomatike iz kruga poremećaja hranjenja. Medijacijski model koji su predložili Tasca i sur. (2009b) vezan je za poremećaje hranjenja općenito, a svoje su istraživanje proveli na skupini od 310 ispitanica miješanih dijagnoza iz kruga poremećaja hranjenja. Također, simptomatika poremećaja hranjenja je operacionalizirana putem kompozitne varijable koja je uključivala tri subskale upitnika EDI.

U skladu s četvrtim ciljem istraživanja, a referirajući se na model autora Tasca i sur. (2009b) testirali smo može li se navedenim medijacijskim modelom objasniti odnos između dimenzija privrženosti i emocionalne regulacije na skupini ispitanica koje boluju od BN.

S ciljem testiranja medijacijskog utjecaja provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize, po jedna za svaku od dimenzija privrženosti, te nakon toga analiza medijacijskog utjecaja korištenjem Sobelovog testa.

Prvom hijerarhijskom regresijskom analizom proučavano je kako se mijenja doprinos varijable anksioznost u objašnjavanju varijance izraženosti simptoma BN, kada se kao medijator uvede emocionalna regulacija (Tablica 14). U prvom koraku je uvedena varijabla anksioznost kao prediktor i izraženost simptoma bulimije nervoze kao kriterij. Samostalni doprinos anksioznosti u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze se pokazao statistički značajnim, te je njome objašnjeno 23% varijance kriterija, čime je zadovoljen uvjet značajnog doprinosa prediktora u objašnjenju varijance kriterija. U drugom koraku je uvedena varijabla anksioznost kao prediktor, a emocionalna regulacija kao kriterij. Doprinos anksioznosti u objašnjenju varijance emocionalne regulacije također se pokazao statistički značajnim, uz objašnjavanje 41% varijance kriterija, čime je zadovoljen uvjet prema kojemu prediktor mora značajno doprinositi objašnjenju varijance medijatorske varijable, koja u ovom koraku regresijske analize predstavlja kriterij. U trećem su koraku uvedene varijable anksioznost i emocionalna regulacija kao prediktori, a izraženost simptoma bulimije nervoze kao kriterij. Nakon uvođenja emocionalne regulacije doprinos anksioznosti u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze postao je statistički neznačajan, dok je utjecaj emocionalne regulacije i dalje ostao statistički značajan, što ukazuje na postojanje medijacijskog odnosa. Sobelovim testom je utvrđeno da je medijacijski utjecaj statistički značajan, čime je potvrđeno postojanje statistički značajnog medijacijskog utjecaja emocionalne regulacije na povezanost anksioznosti i izraženosti simptoma bulimije nervoze (Slika 3).

Drugom hijerarhijskom regresijskom analizom proučavano je kako se mijenja doprinos varijable izbjegavanje u objašnjavanju varijance izraženost simptoma bulimije nervoze, kada se kao medijator uvede emocionalna regulacija (Tablica 15). U prvom koraku je kao prediktor uvedena varijabla izbjegavanje, a kriterij je predstavljala izraženost simptoma bulimije nervoze. Samostalni doprinos varijable izbjegavanje u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze se pokazao statistički značajnim, te je njome objašnjeno 15% varijance kriterija, čime je zadovoljen prvi uvjet za medijaciju, koji zahtijeva značajan doprinos prediktora u objašnjenju varijance kriterija. U drugom koraku je kao

prediktor uvedena varijabla izbjegavanje, te emocionalna regulacija kao kriterijska varijabla. Doprinos izbjegavanja u objašnjenju varijance emocionalne regulacije također se pokazao statistički značajnim, a objašnjava ukupno 21% varijance kriterija, čime je zadovoljen uvjet prema kojemu prediktor mora značajno doprinositi objašnjenju varijance medijatorske varijable. U trećem i posljednjem koraku hijerarhijske regresijske analize su varijable izbjegavanje i emocionalna regulacija zajedno uvedene kao prediktori, a izraženost simptoma bulimije nervoze je uvedena kao kriterij. Nakon uvođenja emocionalne regulacije doprinos izbjegavanja u objašnjenju varijance izraženosti simptoma bulimije nervoze izgubio je statističku značajnost, dok je utjecaj emocionalne regulacije ostao statistički značajan. Navedeni nalazi sugeriraju postojanje medijacijskog utjecaja, čija je značajnost testirana nakon trećeg koraka hijerarhijske regresijske analize. Sobelov test je pokazao da je medijacijski utjecaj statistički značajan, čime je potvrđeno postojanje statistički značajnog medijacijskog utjecaja emocionalne regulacije na povezanost izbjegavanja i izraženosti simptoma bulimije nervoze (Slika 4).

Provedenim hijerarhijskim regresijskim analizama dokazali smo medijacijski utjecaj emocionalne regulacije na odnos dimenzija privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) i BN, pri čemu dimenzije privrženosti na BN ne djeluju direktno, već utjecajem na emocionalnu regulaciju, koja potom utječe na BN. Ovim smo nalazima doprinijeli boljem razumijevanju doprinosa nesigurne privrženosti i disfunkcionalne emocionalne regulacije u nastanku BN.

U posljednjih pedesetak godina teorija privrženosti predstavlja jedan od najvažnijih teorijskih okvira za razumijevanje međuljudskih odnosa i regulacije emocija (Mikulincer i Shaver, 2007). Iako je prvotno nastala u kontekstu dječjeg razvoja i prilagodbe, model je primijenjen i na funkcioniranje odraslih, kao i na njihovo mentalno zdravlje (Dozier, Stovall-McClough i Albus, 2008). Prema teoriji privrženosti određena ponašanja (npr. plakanje, protestiranje, gledanje, slijeđenje) kod dojenčadi su nužna da osiguraju bliskost i zaštitu skrbnika. Često ponavljane interakcije između djeteta i skrbnika pohranjuju se u implicitnu memoriju, na temelju čega se razvijaju unutarnji radni modeli privrženosti (Amini i sur., 1996). Unutarnji radni modeli postaju temelj za stabilne i dosljedne načine na koji djeca i odrasli doživljavaju sebe i druge, ulaze u interakcije, interpretiraju informacije i reguliraju emocije. Pojedinci s pozitivnim osjećajem sebe i drugih u stanju su regulirati svoje emocionalne reakcije na stresne događaje. Za razliku od njih, pojedinci s negativnim kognitivnim reprezentacijama sebe i drugih neadekvatno reguliraju emocije (Mikulincer i sur., 1998), što pak ima značajan utjecaj na psihopatologiju poremećaja hranjenja (Tasca i Balfour, 2014). Ovaj je model utjecaja emocionalne regulacije na poremećaje hranjenja provedenim

istraživanjem potvrđen i u odnosu privrženosti na bulimiju nervozu, što do sada nije bilo istraživano.

U prilog ovim nalazima ide i teorija mentalizacije. Fonagy i Bateman (2010) mentaliziranje definiraju kao proces pomoću kojeg određujemo smisao svojih i tuđih subjektivnih stanja i mentalnih procesa. Teorija mentalizacije usko je povezana s teorijom privrženosti. Naime, Fonagy navodi da skrbnikovo zrcaljenje djetetovih unutarnjih stanja u okviru sigurne privrženosti omogućava djetetov razvoj mentalizacije (Choi-Kain i Gunderson, 2008). Bateman i Fonagy (2012, prema Tasca i Balfour, 2014) smatraju da poteškoće u ranom odnosu privrženosti mogu dovesti do poteškoća mentalizacije, što za posljedicu može imati deficitarnu emocionalnu regulaciju. Na taj način prejedanje i pražnjenje mogu biti rezultat slabe regulacije emocija (Stice i Fairburn, 2003). Stoga bi teorija mentalizacije mogla ići u prilog medijacijskom modelu, no potrebna su brojna dodatna empirijska istraživanja na kliničkim uzorcima i s validiranim upitnicima privrženosti i mentalizacije, kako bi model dobio snažniju potvrdu (Jewell i sur., 2016).

5.8. Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Pri interpretaciji rezultata provedenog istraživanja treba imati u vidu metodološka ograničenja i nedostatke koji mogu poslužiti i kao preporuke za buduća istraživanja. Istraživanje je korelacijsko, uz nacrt poprečnog presjeka¹², podaci su prikupljeni u jednoj vremenskoj točki, te se ne može odgovoriti na probleme međusobne uzročnosti izučavanih pojava (Milas, 2009).

Budući da se radi o specifičnoj i osjetljivoj populaciji, samo prikupljanje podataka je bilo otežano, a s obzirom na ograničenost vremenom uključeno je ukupno 100 ispitanica. Veći broj ispitanica doprinio bi većoj valjanosti rezultata, a veći raspon dobi bi doprinio boljem razumijevanju odnosa dobi i simptoma BN.

¹² eng. cross sectional study design

5.9. Kliničke implikacije istraživanja

Istraživanje je provedeno kako bi se unaprijedilo naše razumijevanje BN, poremećaja koji među adolescentom populacijom posljednjih godina postaje sve izraženiji problem. Poremećene navike hranjenja mogu dovesti do značajnog gubitka ili povećanja tjelesne težine te rezultirati brojnim zdravstvenim komplikacijama, od kojih su neke potencijalno ireverzibilne, primjerice osteoporoza, osteopenija, zaostatka u rastu i spolnom razvoju (Jurčić, 2004). Pored toga, poremećaji hranjenja su, nakon debljine i astme, po učestalosti treća kronična bolest kod adolescenata, te su prema smrtnosti među psihijatrijskim bolestima na prvom mjestu, što upućuje na ozbiljnost poremećaja, osobito kod mladih ljudi (Knez i sur., 2008).

Nalazi provedenog istraživanja ukazuju na poremećaje privrženosti kod populacije pacijentica koje boluju od BN, uz izražene obje dimenzije privrženosti, pri čemu dominira dimenzija anksioznost. Poremećaji privrženosti se odražavaju i u psihoterapijskom odnosu, a utvrđivanje izraženog izbjegavanja kod pacijentica koje ulaze u tretman može terapeutu dati korisnu informaciju kako prilagoditi terapiju, budući da su takve pacijentice hipersenzitivne, doživljavaju neugodu od bliskosti te negativno reagiraju na bilo kakvu vrstu pritiska vezano za emocionalno otvaranje. Stoga bi psihoterapijski tretman trebao vrlo postupno i oprezno poticati emocionalno otvaranje i otkrivanje. S druge strane, pacijentice koje boluju od BN s izraženom anksioznosti (što se u ovom istraživanju pokazalo dominantim), zahtijevaju pristup koji potiče terapijsku alijansu, osjećaj topline, povjerenja i pripadanja, budući da bliske odnose doživljavaju kroz stalan oprez, osjećaj straha i brige od mogućeg odbijanja i napuštanja. Anksioznost nepovoljno djeluje na sposobnost refleksije (Tasca i Balfour, 2014), te će stoga pomoć pacijenticama da se odvoje od osjećaja straha od napuštanja, pozitivno utjecati i na kapacitet za mentalizaciju.

Budući da se u istraživanju pokazalo da dimenzije privrženosti na BN ne djeluju direktno, već preko emocionalne regulacije, bitno je pažnju usmjeriti i na kapacitet za reguliranje emocija, za koji se također pokazalo da predstavlja statistički značajan prediktor simptoma BN, na način da pacijentice kod kojih su zabilježene izraženije poteškoće emocionalne regulacije pokazuju i veću izraženost simptoma BN.

Bitno je napomenuti da su nalazi istraživanja jedinstveni jer, prema dostupnim informacijama, do sada nije provedeno istraživanje kojem bi se detaljnije objasnio odnos između privrženosti, emocionalne regulacije i simptomatike bulimije nervoze, te je time dan značajan doprinos razumijevanju utjecaja nesigurne privrženosti i disfunkcionalne emocionalne regulacije na nastanak BN.

6. ZAKLJUČAK

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati povezanost dvije dimenzije privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) i emocionalne regulacije sa prisutnošću i intenzitetom simptoma bulimije nervoze, te ispitati prirodu odnosa ovih varijabli.

U istraživanju je utvrđeno da pacijentice koje boluju od BN pokazuju statistički značajno veću razinu anksioznosti i izbjegavanja u odnosu na ispitanice kontrolne skupine, što sugerira da bliske odnose doživljavaju kroz stalan oprez, osjećaj straha i brige od mogućeg odbijanja i napuštanja (anksioznost), te kroz neugodu od bliskosti (izbjegavanje), što je definirano kao plašljivi stil privrženosti. Obje dimenzije privrženosti su statistički značajno pozitivno povezane s intenzitetom simptoma BN, no u zajedničkom modelu se dimenzija anksioznost pokazala kao značajan prediktor izraženosti simptoma BN, dok se izbjegavanje pokazalo kao neznajčan prediktor, što ukazuje na to da je dimenzija anksioznost snažniji korelat simptoma BN.

Također je utvrđeno da ispitanice koje boluju od BN imaju više poteškoća u emocionalnoj regulaciji u odnosu na ispitanice kontrolne skupine. Pacijentice koje boluju od BN pokazuju tendenciju negativnog sekundarnog emocionalnog odgovora na vlastite negativne emocije, imaju više poteškoća sa usmjeravanjem na zadatak i završavanjem započetih poslova, pokazuju više poteškoća s kontrolom impulsa, u značajno manjoj mjeri su svjesne emocija i manje prihvataju vlastite emocije. Imaju ograničen pristup strategijama regulacije emocija te pokazuju veću nejasnoću i konfuziju vezano za razumijevanje vlastitih emocionalnih stanja. Ukupne poteškoće emocionalne regulacije značajno su povezane sa simptomatikom BN, te predstavljaju statistički značajan prediktor simptoma BN, na način da pacijentice kod kojih su zabilježene izraženije poteškoće emocionalne regulacije pokazuju i veću izraženost simptoma BN.

Obje dimenzije privrženosti i emocionalna regulacija pojedinačno uspješno predviđaju da li će osoba bolovati od BN, no u zajedničkom regresijskom modelu anksioznost i izbjegavanje su se pokazali kao neznajčni prediktori, dok se emocionalna regulacija pokazala kao značajan prediktor. Nalazi ukazuju da je emocionalna regulacija snažniji korelat BN, nego što su to dimenzije privrženosti, te sugeriraju da su anksioznost i izbjegavanje povezani s BN zbog svoje povezanosti s emocionalnom regulacijom, dok emocionalna regulacija pokazuje jedinstvenu povezanost s BN.

Priroda odnosa između varijabli objašnjena je medijacijskim odnosom. Provedenim hijerarhijskim regresijskim analizama utvrđen je medijacijski utjecaj emocionalne regulacije

na odnos dimenzija privrženosti i BN, pri čemu dimenzije privrženosti na BN ne djeluju direktno, već utjecajem na emocionalnu regulaciju, koja potom utječe na BN.

7. SAŽETAK

Teorija privrženosti predstavlja jedan od najvažnijih teorijskih okvira za razumijevanje međuljudskih odnosa i regulacije emocija. Unutarnji radni modeli privrženosti postaju temelj za stabilne i dosljedne načine na koji djeca i odrasli doživljavaju sebe i druge, ulaze u interakcije, interpretiraju informacije i reguliraju emocije. Pojedinaac s negativnim osjećajem sebe i drugih nije u stanju adekvatno regulirati svoje emocionalne reakcije, što može imati značajan utjecaj na psihopatologiju poremećaja hranjenja.

Cilj istraživanja bio je ispitati povezanost dvije dimenzije privrženosti (anksioznost i izbjegavanje) i emocionalne regulacije sa prisutnošću i intenzitetom simptoma bulimije nervoze, te ispitati prirodu odnosa ovih varijabli. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanica dobi 15-25 godina, podijeljenih u dvije skupine. Kliničku skupinu je činilo 50 pacijentica oboljelih od bulimije nervoze, liječenih u KBC Zagreb, kod kojih simptomi ne traju dulje od 12 mjeseci. Kontrolnu skupinu je činilo 50 ispitanica koje su ujednačene s ispitanicama kliničke skupine prema bitnim obilježjima. Primijenjeni su Strukturirani upitnik socio-demografskih podataka, EDI-2, ECR-R, DERS i SCOFF. U istraživanju je utvrđeno da pacijentice koje boluju od BN pokazuju statistički značajno veću razinu anksioznosti i izbjegavanja u odnosu na ispitanice kontrolne skupine, što sugerira da bliske odnose doživljavaju kroz stalan oprez, osjećaj straha i brige od mogućeg odbijanja i napuštanja (anksioznost), te kroz neugodu od bliskosti (izbjegavanje), što je definirano kao plašljivi stil privrženosti. Obje dimenzije privrženosti su statistički značajno pozitivno povezane s intenzitetom simptoma BN, no dimenzija anksioznost se pokazala snažniji korelat simptoma BN. Također je utvrđeno da ispitanice koje boluju od BN imaju više poteškoća u emocionalnoj regulaciji u odnosu na ispitanice kontrolne skupine. Ukupne poteškoće emocionalne regulacije značajno su povezane sa simptomatikom BN, te predstavljaju statistički značajan prediktor simptoma BN, na način da pacijentice kod kojih su zabilježene izraženije poteškoće emocionalne regulacije pokazuju i veću izraženost simptoma BN. Obje dimenzije privrženosti i emocionalna regulacija pojedinačno uspješno predviđaju da li će osoba bolovati od BN, no u zajedničkom regresijskom modelu anksioznost i izbjegavanje su se pokazali kao neznčajni prediktori, dok se emocionalna regulacija pokazala kao značajan prediktor. Priroda odnosa između varijabli objašnjena je medijacijskim odnosom, pri čemu emocionalna regulacija ima ulogu medijatora u odnosu dimenzija privrženosti i BN.

Ključne riječi: bulimija nervoza, dimenzije privrženosti, emocionalna regulacija

8. SUMMARY

Introduction

Attachment theory is one of the most important theoretical frameworks for understanding human relationships and emotion regulation. Attachment represents permanent emotional bond between the child and primary caregiver (Ainsworth et al., 1978), the purpose of which is maintaining proximity to the attachment figure, especially in stressful situations (Bartholomew & Horowitz, 1991). The attachment figure represents a person who provides emotional and physical care and is consistently and continuously present in the child's life, and who invests emotions in the relationship with the child (Pearce, 2009). The mental representations of self and others that a child develops through early experiences with an attachment figure represents the attachment internal working model (Bowlby, 1973). Internal working models of attachment are the foundations for stable and consistent ways in which children and adults perceive themselves and others, interact, interpret information and regulate emotions. Emotional regulation is defined through processes by which individuals affect the emotions that they will experience, when they experience them and how to express them (Gross, 2014). An individual with a negative sense of self and others is not able to adequately regulate their emotional reactions, which can have a significant impact on the psychopathology of eating disorders. Bulimia nervosa is often described as a syndrome of overeating and purging, consists of episodes of binge eating followed by induced vomiting or misuse of laxatives, to be expelled from the body huge amounts of food (Marcinko, 2013). The disorder occurs in approximately 10 women to one man, usually in late adolescence or young adulthood (APA, 2000), and most often between 14 and 25 years of age (Cavanaugh and Ray, 1999). For bulimic patients the typical psychopathology is associated with poor impulse control, such as auto-aggressive and hetero-aggressive behavior, suicide, sexual promiscuity etc. In this paper we will try to explain in detail the nature of the link between insecure attachment, dysfunctional emotional regulation and bulimia nervosa.

Methodology

The study was designed as a cross-sectional with clinical and control group of subjects. The clinical group consisted of 50 patients suffering from bulimia nervosa, treated at the University Hospital Center Zagreb. The control group consisted of 50 female subjects that was characteristically consistent with the clinical group subjects. The study used socio

demographic profile questionnaire, Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2; Garner, 1991), The Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R; Brennan, Clark and Shaver, 1998), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz and Roemer, 2004) and SCOFF (Morgan, Reid and Lacey, 1999). The statistical analysis of results utilised methods of descriptive and inferential statistics, and graphical representations of results.

Results

The clinical group subjects achieved significantly higher scores on the anxiety and avoidance dimensions than the control group subjects. The regression model showed itself as statistically significant and was able to explain the 24.6% of the variance of BN symptoms, where anxiety is a statistically significant predictor of BN symptoms, and avoidance does not significantly contribute to the explanation of variance in BN symptoms. The subjects of the clinical group showed significantly more emotional regulation difficulties. Difficulties of emotional regulation represent a statistically significant predictor of symptoms BN and explains 41.3% of variance in BN symptoms. Anxiety, avoidance and emotional regulation are individually shown to be statistically significant predictors in the prediction of group membership, but after including all the variables in the regression model, the contributors to anxiety and avoidance have lost their significance, while emotional regulation proved to be a statistically significant predictor in the prediction of group membership. Hierarchical regression analysis showed the existence of mediation influence of emotional regulation in the relationship of dimensions of attachment and severity of symptoms of BN.

Discussion

The findings are consistent with the assumption that women with BN are expected to show higher level of anxiety and avoidance, suggesting that patients with BN experience close relations through constant vigilance, a sense of fear and worries of possible rejection and abandonment (anxiety), and the discomfort of closeness (avoidance), which is defined as fearful attachment (Hazan and Shaver, 1987). Anxiety is a significant predictor of symptoms of BN, which is associated with lower capacity to regulate emotion, while avoidance in terms of attachment theory is associated with AN, and increased control of emotions. The subjects of clinical group showed significantly more emotion regulation difficulties, and emotional regulation difficulties represent a statistically significant predictor of BN symptoms, which is also consistent with the findings of previous studies suggesting that people who suffer from eating disorders, including BN, reported a higher level of emotional regulation difficulties

(Harrison et al., 2010b; Svaldi et al., 2012), as well as in accordance with the theoretical model according to which emotional regulation difficulties contribute to psychopathology of eating disorders, as well as acting as inappropriate strategies to manage their own emotions (Wilde et al., 2010; Haynos & Fruzzetti, 2011; Wonderlich et al., 2014). Anxiety, avoidance and emotional regulation are individually shown to be statistically significant predictors in predicting whether people belong to clinical or control group, but after inclusion of all the variables in the regression model anxiety and avoidance contributors have lost their importance, while emotional regulation proved to be a statistically significant predictor of group membership. Hierarchical regression analysis showed the existence of mediation influence of emotional regulation in the relationship of attachment dimensions and severity of symptoms of bulimia nervosa. The findings are in line with the mediating model (Tasca et al., 2009), which assumes that attachment affects emotional regulation, which in turn influences eating disorders.

Conclusion

It was found that patients suffering from BN showed significantly higher levels of anxiety and avoidance than control group subjects, suggesting that they experience close relations through constant vigilance, a sense of fear and worries of possible rejection and abandonment (anxiety), and the discomfort of closeness (avoidance), which is defined as fearful attachment. Both dimensions of attachment were significantly positively correlated with the symptoms of BN, but in the same model dimension anxiety emerged as an significant predictor of symptoms BN, while avoidance proved to be an insignificant predictor, indicating that the anxiety is a stronger correlate of BN symptoms. It was also found that subjects who suffer from BN have more difficulties in emotional regulation than women in the control group. Emotional regulation difficulties significantly associated with BN symptoms, and represent a statistically significant predictor of BN symptoms, in the way that those patients with pronounced emotion regulation difficulties show higher levels of BN symptoms. Both dimensions of attachment as well as emotion regulation individually successfully predict whether a person will suffer from BN, but in the same regression model anxiety and avoidance proved to be insignificant predictors, while emotional regulation proved to be a significant predictor. The findings indicate that emotional control correlates stronger with BN, than the dimensions of attachment, and suggest that the anxiety and avoidance are associated with BN because of its association with emotional regulation, while emotional regulation demonstrates a unique relationship with BN. The relationship between variables is explained

through mediation. Conducted hierarchical regression analysis determined the mediation influence of emotional regulation in the relations of attachment and BN, whereby attachment influences emotional regulation strategies, which in turn influences eating disorders.

Keywords: bulimia nervosa, attachment dimensions, emotional regulation

9. LITERATURA

1. Agras, W. S. (2010). Introduction and Overview. U Agras, W. S. (ur.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (str. 1–6). New York: Oxford University Press.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T. I Schiff, E.Z. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59(3), 213–239.
5. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. i Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
6. Allen, J. P. (2008). The Attachment System in Adolescence. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (str. 419-435). New York: The Guilford Press.
7. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
8. Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
9. Baron, R.M. i Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychology Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
10. Barone, L. i Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 11, 405–417.
11. Bateman, A. i Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
12. Begovac, I. i Votava-Raić, A. (2004). Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. *Liječnički Vjesnik*, 126, 32-8.

13. Begovac, I, Jakovina, T., Crnković, M. i Vokal, P. (2013). Karakteristike ličnosti i poremećaji hranjenja. U Marčinko, D. (ur.), Poremećaji hranjenja – Od razumijevanja do liječenja (str. 146-150). Zagreb: Medicinska naklada.
14. Beumont, P. J. V. (2002). Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. U Fairburn, C.G. i Brownell, K.D. (ur.), Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook (2nd ed.), (str. 162-170). New York: Guilford Press.
15. Bloch, L., Moran, E. K., i Kring, A. M. (2009). On the need for conceptual and definitional clarity in emotion regulation research. U Kring, A. M. i Sloan, D. S. (ur.), Emotion Regulation and Psychopathology (str. 88-104). New York: Guilford Press.
16. Botella, J., Sepulveda, A.R., Huang, H. i Gambará, H. (2013). A meta-analysis of the diagnostic accuracy of the SCOFF. The Spanish Journal of Psychology, 16, E92.
17. Bould, H, Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G. i Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. International Journal of Eating Disorders, 48, 383–391.
18. Boumann CE, Yates WR. (1994). Risk factors for bulimia nervosa: A controlled study of parental psychiatric illness and divorce. Addictive Behaviors, 19, 667–675.
19. Bowlby J. (1973). Attachment and Loss: Vol 2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books.
20. Brambilla, F., Dalle Grave, R., Calugi, S., Marchesini, G., Baroni, S. i Marazziti, D. (2009). Effects of cognitive-behavioral therapy on Eating Disorders: neurotransmitter secretory responses to treatment. Psychoneuroendocrinology, 35(5), 729-737.
21. Brennan, K. A., Clark, C. L., i Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. U Simpson, J. A. i Rholes, W. S. (ur.), Attachment theory and close relationships (str. 46-76). New York: Guilford Press.
22. Brennan, K. A. i Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation and romantic relationship functioning. Personality and Social Psychology Bulletin, 21, 267-283.
23. Bretherton, I., Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications (2nd ed.), (str. 102-130). New York: The Guilford Press.

24. Brown, T. A., Haedt-Matt, A. A. i Keel, P. K. (2011). Personality Pathology in Purging Disorder and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 735-740.
25. Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
26. Busonera, A., Martini, P.S., Zavattini, G.C. i Santona, A. (2014). Psychometric properties of an Italian version of the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Scale. *Psychological Reports*, 114, 785–801.
27. Campos, J. J., Frankel, C. B. i Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*, 75(2), 377-394.
28. Carlson, E. A. i Sroufe, A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. U Cicchetti, D. i Cohen, D. J. (ur.), *Developmental Psychopathology*. Vol 1: Theory and Methods (str. 581-617). New York: John Wiley & Sons.
29. Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52, 156-170.
30. Casper, R. C., Hedeker, D., i McClough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840.
31. Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (str. 3-22). New York: The Guilford Press.
32. Cassin, S.E. i von Ranson, K.M (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
33. Cavanaugh, C. i Ray, L. (1999). *What we Know about Eating Disorders: Facts and Statistics*. U Lemberg, R. i Cohn, L. (ur.), *Eating Disorders: A Reference Sourcebook*. Phoenix, AZ: Oryx. Press.
34. Choi-Kain, L.W. i Gunderson, J.G. (2008) *Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder*. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
35. Cohen, P., Chen, H., Gordon, K., Johnson, J., Brook, J. i Kasen, S. (2008). Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and

- borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 20(2), 633-350.
36. Colin, V.L. (1996). *Human Attachment*. New York: McGraw-Hill.
 37. Collins, N. L. i Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
 38. Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. i Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342-1346.
 39. Crowell, J. A. i Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4, 294-327.
 40. Crowell, J. A, Fraley, R. C. i Shaver, P. R. (2008). Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (str. 599-34). New York: The Guilford Press.
 41. Dalle Grave, R., Calugi, S., Brambilla, F., Abbate-Daga, G., Fassino, S., Marchesini, G. (2006). The effect of inpatient cognitive-behavioral therapy for eating disorders on temperament and character. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1335-1344.
 42. Davidson, G. C. i Neale, J. M. (1999). Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
 43. Dozier, M., Stovall-McClough, C. i Albus, K.E. (2008). Attachment and psychopathology in Adulthood. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (str. 718-744). New York: The Guilford Press.
 44. Dykens, E. M. i Gerrard, M. (1986). Psychological profiles of purging bulimics, repeat dieters, and controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 283-288.
 45. English, T., John, O. P., Srivastava, S. i Gross, J. J. (2012). Emotion Regulation and Peer-Rated Social Functioning: A Four-Year Longitudinal Study. *Journal of Research in Personality*, 46(6), 780–784.
 46. Esbjørn, B.H., Breinholst, S., Niclasen, J., Skovgaard, L.F., Lange, K. i Reinholdt-Dunne, M. L. (2015). Identifying the best-fitting factor structure of the experience of close relations-revised in a Scandinavian example. *PloSOne*, 10(9):e0137218.

47. Evans, L., i Wertheim, E. H. (1998). Intimacy Patterns And Relationship Satisfaction Of Women With Eating Problems And The Mediating Effects Of Depression, Trait Anxiety And Social Anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 355–365.
48. Evans, L. i Wertheim, E.H. (2005). Attachment Styles in Adult Intimate Relationships: Comparing Women with Bulimia Nervosa Symptoms, Women with Depression and Women with No Clinical Symptoms. *European Eating Disorders Review*, 13, 285-293.
49. Fairburn, C.G. i Cooper, P. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246.
50. Fairburn, C.G. i Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401-408.
51. Fraley, R. C. i Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. U Simpson, J. A. i Rholes, W. S. (ur.), *Attachment theory and close relationships* (str. 77-114). New York: Guilford Press.
52. Fraley, R. C., Waller, N. G., i Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-65.
53. Fraley, R. C. i Spieker, S. J. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Developmental Psychology*, 39, 387-404.
54. Franko, D. L. i Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 26(6), 769-782.
55. Frans, E.M., Sandin, S., Reichenberg, A., Lichtenstein, P., Langstrom, N., Hultman, C.M. (2008). Advancing paternal age and bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1034–1040.
56. Fuendeling, J.M. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 291–322.
57. Garaigordobil, M. i Maganto, C. (2013). Sexism And Eating Disorders: Gender Differences, Changes With Age, And Relations Between Both Constructs. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 3.
58. Garbarino, J. J. (1998). Comparisons of the constructs and psychometric properties of selected measures of adult attachment. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 31, 28-45.

59. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D i Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 1-15.
60. Garner, D. M. (1991). EDI-2. Eating disorder inventory-2. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
61. Goeree, M.S, Ham, J.C. i Iorio, D. (2011). Race, Social Class, and Bulimia Nervosa. IZA Discussion Paper No. 5823. Dostupno na: <http://ssrn.com/abstract=1877636>.
62. Goodman, A., Heshmati, A. i Koupil, I. (2014). Family History of Education Predicts Eating Disorders across Multiple Generations among 2 Million Swedish Males and Females. *PLoS One*, 9(8). Dostupno na: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0106475>.
63. George, C., Kaplan, N. i Main, M. (1985). The adult attachment interview. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley. Preuzeto sa http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf
64. Gonzalez, A. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, 36, 614-619.
65. Gratz, K. L. i Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
66. Griffin, D, Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 430-445.
67. Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
68. Gross, J. J. i John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
69. Gross, J. J., Richards, J. M. i John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. U: Snyder, D. K., Simpson, J. A. i Hughes, J. N. (ur.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (13-35). Washington DC: American Psychological Association.

70. Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. U Gross, J. J. (ur.), Handbook of emotion regulation (2nd ed.), (str. 3-20). New York, NY: Guilford press.
71. Harrison, A., Tchanturia, K. i Treasure, J. (2010a). Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? *Biological Psychiatry*, 68, 755–761.
72. Harrison, A, Sullivan, K., Tchanturia, K & Treasure, J. (2010b). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40, 1887-1897.
73. Hazan, C i Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-80.
74. Hazan, C., i Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
75. Hazan, C. i Zeifman, D. (2008). Pair Bonds as Attachments: Reevaluating the Evidence. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications (2nd ed.), (str. 436-455). New York: The Guilford press.
76. Haynos, A. F. i Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications, 18(3), 183-202.
77. Hilbert, A. i Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of Binge Eating through Negative Mood: A Naturalistic Comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 521–530.
78. Holmes, J. (1993). John Bowlby and Attachment Theory. London: Routledge.
79. Hoek, H.W. i van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
80. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. i Kessler, R.C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
81. Jacobi, C. i Fittig, E. (2010). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. U Agras, W. S. (ur.), The Oxford Handbook of Eating Disorders (str. 25–32). New York: Oxford University Press.
82. Jáuregui Lobera, I. (2011). Bulimia Nervosa and Personality: A Review. U Hay, P. (ur.), New Insights into the Prevention and Treatment of Bulimia Nervosa (str. 127-146). InTech. Preuzeto sa: <http://www.intechopen.com/>.

83. Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., i Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354-373.
84. Johnson, C., Lewis, C., Love, S., Lewis, L. i Stuckey, M. (1984). Incidence and correlates of bulimic behavior in a female high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 15-26.
85. Jurčić, Z. (2004). Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. *Medix*, 52, 40-45.
86. Kassett, J.A., Gershon, E.S., Maxwell, M.E., Guroff, J.J., Kazuba, D.M., Smith, A.L., Brandt, H.A. i Jimerson, D.C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 1468–1471.
87. Kayrooz, C. (2001). *A Systemic Treatment of Bulimia Nervosa: Women in Transition*. London: Jessica Kingsley Publishers.
88. Keel, P. K. (2010). Epidemiology and Course of Eating Disorders. U Agras, W. S. (ur.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (str. 25–32). New York: Oxford University Press.
89. Keyes, A., Fidanza, F., Karvonen, M. J., Kimura, N. i Taylor, H. L. (1972). Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases*, 25(6), 329-343.
90. Knez, R., Pokrajac-Bulian, A. i Peršić, M. (2008). Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*, 52 (Suppl. 1), 111-115.
91. Kobak, R. i Madsen, S. (2008). Disruptions in Attachment Bonds: Implications for Theory, Research, and Clinical Intervention. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (str. 23-47). New York: The Guilford press.
92. Kring, A. M. i Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. U Philippot, P. i Feldman, R. S. (ur.), *The regulation of emotion* (str. 359-385). Mahwah, NJ: Erlbaum.
93. Landa, C.E. i Bybee, J. A. (2007). Adaptive Elements of Aging: Self-Image Discrepancy, Perfectionism, and Eating Problems. *Developmental Psychology*, 43(1), 83–93.

94. Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E. i Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24, 581–599.
95. Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Peterson, C.B., Crosby, R.D., Engel, S.G., Mitchell, J.E., Crow, S.J., Smith, T.L., Klein, M.H., Goldschmidt, A.B. i Berg, K.C. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 212–216.
96. Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M. i Nagy, L. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their firstdegree relatives: Effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 253–264.
97. Lunn, S., Poulsen, S., i Daniel, S.I.F. (2012). Subtypes in bulimia nervosa: The role of eating disorder symptomatology, negative affect, and interpersonal functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 1078–1087.
98. Main, M. (2004). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research. U Parks, C. M., Stevenson-Hinde, J. i Marris, P. (ur.), *Attachment Across the Life Cycle* (str. 127-160). London: Routledge.
99. Majić, G. (2011). Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla (Doktorska disertacija). Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
100. Malaspina, D., Harlap, S., Fennig, S., Heiman, D., Nahon, D., Feldman, D. i Susser, E.S. (2001). Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58, 361–367.
101. Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social supports, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239–266.
102. Marčinko, D. (2013). Poremećaji hranjenja – dijagnoza, klinička slika, pojavnost, psihodinamika i terapijska obilježja. U Marčinko, D. (ur.), *Poremećaji hranjenja – Od razumijevanja do liječenja* (str. 1-24). Zagreb: Medicinska naklada.
103. Marvin, R. S., Britner, P. A. (2008). Normative Development: The Ontogeny of Attachment. U Cassidy, J. i Shaver, P. R. (ur.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (str. 269-294). New York: The Guilford Press.

104. Maxmen, J. S. i Ward, N. G. (1995). *Essential Psychopathology and Its Treatment*. New York: W. W. Norton & Company.
105. McCarthy, G. i Taylor, A. (1999). Avoidant/Ambivalent Attachment Style as a Mediator between Abusive Childhood Experiences and Adult Relationship Difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 465–477.
106. Mei, Z., Grummer-Strawn, L. M., Pietrobelli, A., Goulding, A., Goran, M.I. i Dietz, W. H. (2002). Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75(6), 978-985.
107. Mikulincer, M., Orbach, I., i Iavenelli, D. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in subjective self–other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 436–448.
108. Mikulincer, M. i Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
109. Milas, G. (2009). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima* (2. izd.). Jastrebarsko: Naklada Slap.
110. Morgan, J. F., Reid, F. i Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7223), 1467-1468.
111. Nosratabad, T. H., Aliloo, M. M. i Khosravian, B. (2012). The role of perfectionism, negative affect and brain-behavioral systems in prediction of bulimia disorder. *Urmia Medical Journal*, 23(3), 330-338.
112. Nyklíček, I., Vingerhoets, A. i Zelenberg, M. (2011). Emotion Regulation and Well-Being: A View from Different Angles. U Nyklíček, I., Vingerhoets, A. i Zelenberg, M. (ur.), *Emotion regulation and well-being* (str. 1-9). New York: Springer.
113. Oatley, W.K. i Jenkins, J.M. (2007). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
114. Ogden, P., Minton K. i Pain C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
115. Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M. i Flegal, K. M. (2010). Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA*, 303(3), 242-249.
116. Pearce, C. M. (2009). *A Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder*. London: Kingsley.

117. Pike, K.M. i Mizushima, H. (2005). The Clinical Presentation of Japanese Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Study of the Eating Disorders Inventory-2. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26-3.
118. Pope, H. G., Champoux, R. F. i Hudson, J. I. (1987). Eating disorder and socioeconomic class: Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 620-623.
119. Preacher, K.J., i Leonardelli, G.J. (2001). Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests. Vanderbilt University: Department of Psychology and Human Development in Peabody College.
120. Preti, A., Rocchi, M. B., Sisti, D., Camboni, M. V., i Miotto, P. (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 6-17.
121. Pruitt, J. A., Kappius, R. E., i Gorman, P. W. (1990). Bulimia And The Fear Of Intimacy. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 472-476.
122. Racine, S.E., Culbert, K.M., Burt, S.A. and Klump, K.L. (2014). Advanced Paternal Age at Birth: Phenotypic and Etiologic Associations with Eating Pathology in Offspring. *Psychological Medicine*, 44(5), 1029-1041.
123. Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A. i Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 6, 166-170.
124. Rand, C. S. i Kulda, J. M. (1992). Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: Sex, age, race, and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 37-44.
125. Reichenberg, A., Gross, R., Weiser, M., Bresnahan, M., Silverman, J., Harlap, S., Rabinowitz, J., Shulman, C., Malaspina, D., Lubin, G., Knobler, H.Y., Davidson, M., Susser, E. (2006). Advancing paternal age and autism. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1026-1032.
126. Ringer, F. i Crittenden, P.M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130.
127. Roisman, G.I., Fraley, R.C. i Belsky, J. (2007). A taxometric study of the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, 43(3):675-86.

128. Root, M. P. P., Fallon, P. i Friedrich, W.N. (1986). *Bulimia: A systems approach to treatment*. New York: W.W. Norton & Company.
129. Rottenberg, J., i Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 323-328.
130. Salzman, J. P. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents: Association with affective instability and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 251–259.
131. Schreiber, L. R., Grant, J. E. i Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal Of Psychiatric Research*, 46(5), 651-658.
132. Shaver, P. R., i Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133–161.
133. Shaver, P. R., i Mikulincer, M. (2014). Adult Attachment and Emotion Regulation. U Gross, J. J. (ur.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.), (str. 237-250). New York, NY: Guilford press.
134. Sibley, C. G., i Liu, J. H. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 36, 969-975.
135. Smojver-Ažić, S. (1999). *Privrženost roditeljima te separacija i individuacija kao odrednice psihološke prilagodbe studenata (Doktorska disertacija)*. Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
136. Steiger, H. i Bruce, K. R. (2007). Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 220-227.
137. Stice, E. i Fairburn, C.G. (2003). Dietary and dietary–depressive subtypes of bulimia nervosa show differential symptom presentation, social impairment, comorbidity, and course of illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1090–1094.
138. Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. i Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197, 103–111.
139. Tasca, G. A., Demidenko, N., Krysanski, V., Bissada, H., Illing, V., Gick, M., Weekes, K. i Balfour, L. (2009a). Personality dimensions among women with an eating disorder: towards reconceptualizing DSM. *European Eating Disorders Review*, 17(4), 281-289.
140. Tasca, G.A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L. i Bissada, H. (2009b). Adult attachment, depression, and

- eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 662-667.
141. Tasca, G. i Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
 142. Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M. i Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: a study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 49-58.
 143. Thelen, M. H., Farmer, J., McLaughlin-Mann, L., i Pruitt, J. A. (1990). Bulimia And Interpersonal Relationships: A Longitudinal Study. *Journal of Counselling Psychology*, 37, 85–90.
 144. Thornton, C. i Russell, J. (1997). Obsessive Compulsive Cormorbidity in the Dieting Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.
 145. Treasure, J., Claudino, A. M. i Zucker, N. (2010). Eating Disorders. *Lancet*, 375, 583-593.
 146. Van der Horst, F. C. P., LeRoy, H. A. i Van der Veer, R. (2008). When strangers meet: John Bowlby and Harry Harlow on attachment behavior. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 42 (4), 370-388.
 147. Vandereycken, W. i Pierloot, R. (1983). The significance of subclassification in anorexia nervosa: A comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 13, 543-549.
 148. Vasta, R., Haith, M. M. i Miller, S. A. (2004). Dječja psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
 149. Vidović, V. (1998). Anoreksija i bulimija. Psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica. Zagreb: M.A.K. – Golden.
 150. Vidović, V., Majić, G. i Begovac, I. (2008). Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. *Paediatrica Croatica*, 52 (Suppl. 1), 106-110.
 151. Vögele, C. i Gibson, L. E. (2010). Mood, Emotions, and Eating Disorders. U Agras, W.S. (ur.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (str. 180-205). New York: Oxford University Press.
 152. Von Hoeken, D., Seidell, J. i Hoek, H. W. (2003). Epidemiology. U Treasure, J., Schmidt, U. i Van Furth, E. (ur.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd ed.), (str. 11-34). Chichester: John Wiley and Sons.

153. Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Henry, S. E., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C. i Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39 (4), 276-284.
154. Werner, K. i Gross, J. J. (2009). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. U Kring, A. M. i Sloan, D. M. (ur.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (str. 13-37). New York: The Guilford Press.
155. Wildes, J. E., Ringham, R. M. i Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 398-404.
156. Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T., Klein, M., Mitchell, J. E. i Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44, 543-553.
157. World Health Organisation. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation.
158. Zachrisson, H.D. i Skårderud, F. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97-106.

10. ŽIVOTOPIS

Trpimir Jakovina rođen je 1981. god. Studirao je psihologiju na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu, gdje je diplomirao 2008. godine s odličnim uspjehom, uz prosječnu ocjenu položenih ispita unutar 10% najboljih studenata. Tijekom 2009. god. je obavio vježbenički staž u Klinici za psihološku medicinu, gdje je trajno zaposlen od 2010. god. U listopadu 2011. god. upisao je edukaciju iz individualne psihoanalitičke psihoterapije. U studenom 2015. god. stekao je status kliničkog psihologa. U akademskoj godini 2012/2013. je upisao Sveučilišni poslijediplomski doktorski studij „Biomedicina i zdravstvo“. Dobitnik je stipendije u akademskoj godini 2016/17 za Erasmus+ stručnu praksu u Njemačkoj, Ulm, pri ustanovi „Universitätsklinikum Ulm Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

Član je više domaćih i međunarodnih društava iz područja psihologije i psihoterapije. Aktivno je sudjelovao na više domaćih i međunarodnih stručnih i znanstvenih skupova te je objavio nekoliko radova iz područja psihologije i psihoterapije u domaćim i međunarodnim časopisima.

11. O MENTORU

ŽIVOTOPIS

Doc. dr. sc. Ivan Begovac, dr. med.

Doc. dr. sc. Ivan Begovac, dr. med.
Klinika za psihološku medicinu
Medicinski fakultet
Sveučilište u Zagrebu
KBC Zagreb
Kišpatićeva 12
10000 Zagreb
Adresa doma: Prilaz Slave Raškaj 8
10000 Zagreb
Fax: 01/2335 818
Tel: 098/ 93 44 971; doma: 01/2331 421
E-mail: ivan.begovac@mef.hr

Rođen je dana 25. ožujka 1965. Diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu godine 1990. Dana 17. svibnja 1996. je specijalizirao psihijatriju, te od tada u svojstvu liječnika- specijaliste psihijatra radi na Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Klinike za psihološku medicinu do danas. Godine 2000. je magistrirao i godine 2004. je doktorirao u području dječje i adolescentne psihijatrije pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Godine 2001. je postao subspecijalist iz dječje i adolescentne psihijatrije. Od 1. 7. 2006. je primljen u suradničko zvanje višeg asistenta na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Godine 2007. stekao naziv primarijus. Godine 2008. je uspješno završio tečaj „Umijeće medicinske nastave“. Godine 2009. je stekao diplomu Hrvatskog liječničkog Zbora zbog svojih stručnih aktivnosti. 15. veljače 2010. je stekao zvanje znanstvenog suradnika Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Od godine 2010. ima titulu docenta pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Od listopada 2010. godine je pročelnik Zavoda za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju.

Bio je na stipendijama u inozemstvu (tromjesečna stipendija u Grazu, Austrija, godine 1993, mentor: prof. Zapotoczky; i jednogodišnja DAAD stupendija godine 1996/1997 u Hamburgu, Njemčka (mentor je bio prof. Riedesser), znanstveni seminar održan u Camposampieru , Italija, godine 2002, u organizaciji Svjetske udruge za dječju i adolescentnu psihijatriju i suradne struke, Europskog udruženja dječje i adolescentne psihijatrije i Fondacije „Child“, te Erasmus stipendije za stručnu razmjenu u Ulmu,

Njemačka u godini 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016. Ima aktivno znanje rada s računalom, aktivno znanje engleskog i njemačkog jezika.

Sudjeluje u znanstvenim projektima. Sudjeluje u organizaciji znanstvenih i stručnih skupova. Sudjeluje u recenzijama radova stručnih časopisa.

Sudjelovao unatrag nekoliko godina u nizu povjerenstava Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH. Voditelj referentnog centra za dječju i adolescentnu psihijatriju Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi od godine 2011. Od godine 1997 do 2003 tajnik je Hrvatske udruge za dojenačku, dječju i adolescentnu psihijatriju (predsjednica: Prof. Rudan). Od godine 2003 do danas je predsjednik Hrvatskog društva za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Hrvatskog liječnikog Zbora, idejno i organizacijski osmišljava i organizira aktivnosti društva. Ima objavljenih više od 63 radova «in extenso». Sudjelovao je kao predavač na više domaćih i međunarodnih skupova, ima više od 30 publiciranih sažetaka sa skupova.

Sudjeluje i dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi i u izbornim predmetima.

Najvažnija postignuća su klinički rad s pacijentima, educiranost u psihoterapijskim tehnikama, uvođenje Achenbachove metodologije u Hrvatsku, područje poremećaja jedenja, radovi iz područja dječje psihoterapije, psihotraumatologije i psihosomatike djece i adolescenata, i dječjeg autizma, kao i znanstveno-nastavna aktivnost.

Oženjen je, ima četvoro adolescenata/mlađih odraslih.

Zagreb, 10. ožujka 2017.

Doc. dr. sc. Ivan Begovac, dr. med.

12. PRILOZI

Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2), Garner (1991).

- A. Sadašnja težina: _____ kg
- B. Visina: _____ cm
- C. Najveća težina (isključujući trudnoću) _____ kg
Prije koliko mjeseci ste prvi puta dosegli tu težinu? _____ mjeseci
Koliko dugo ste toliko težili? _____ mjeseci
- D. Najniža težina u odrasloj dobi: _____ kg
Kada ste prvi put dosegli tu težinu? _____ mjeseci
Koliko dugo ste imali tu tjelesnu težinu? _____ mjeseci
- E. Koju ste tjelesnu težinu zadržali najdulje vrijeme? _____ kg
U kojoj ste dobi dosegli tu tjelesnu težinu? _____ godina
- F. Ako se vaša kilaža mnogo mijenjala tijekom godina, da li postoji kilaža na koju ste se stalno vraćali kada niste bili na dijeti? Da Ne
Ako je Vaš odgovor da, koja je to kilaža? _____ kg
U kojoj ste dobi dosegli tu tjelesnu težinu? _____ godina
- G. Koliko ste najviše kilograma ikad izgubili? _____ kg
Jeste li tu težinu namjerno izgubili? Da Ne
Na koju ste tjelesnu težinu došli? _____ kg
S koliko ste godina dosegli tu kilažu? _____ godina
- H. Koliko mislite da biste težili kada ne biste svjesno pokušavali kontrolirati svoju težinu?
_____ kg
- I. Koliko biste htjeli težiti? _____ kg
- J. Vaša dob u kojoj su započeli problemi s težinom (ako postoje): _____ godina
- K. Zanimanje oca: _____
- L. Zanimanje majke: _____

Za svaku tvrdnju se odlučite da li se odnosi na vas:

1 - uvijek
2 - obično
3 - često
4 - ponekad
5 - rijetko
6 - nikad

Odgovorite na sve stavke i provjerite da je zaokružen broj koji se odnosi na Vas. **NE BRIŠITE!** Ako morate promijeniti odgovor, prekrizite netočan odgovor i onda zaokružite točan.

1.	Jedem slatkiše i ugljikohidrate bez osjećaja nervoze.	1	2	3	4	5	6
2.	Mislim da mi je trbuh prevelik.	1	2	3	4	5	6
3.	Voljela bih da se mogu vratiti u sigurnost djetinjstva.	1	2	3	4	5	6
4.	Jedem kada sam uzrujana.	1	2	3	4	5	6
5.	Trpam hranu u sebe.	1	2	3	4	5	6
6.	Voljela bih da sam mlađa.	1	2	3	4	5	6
7.	Razmišljam o dijeti.	1	2	3	4	5	6
8.	Uplašim se kad su mi osjećaji prejak.	1	2	3	4	5	6
9.	Mislim da su mi bedra prevelika.	1	2	3	4	5	6
10.	Kao osoba se osjećam neučinkovitom.	1	2	3	4	5	6
11.	Osjećam strašnu krivnju kad se prejedem.	1	2	3	4	5	6
12.	Mislim da je moj trbuh prave veličine.	1	2	3	4	5	6
13.	Samo su izvanredna djela dovoljno dobra u mojoj obitelji.	1	2	3	4	5	6
14.	Najsretnije vrijeme u životu je kada si dijete.	1	2	3	4	5	6
15.	Otvorena sam kad su moji osjećaji u pitanju.	1	2	3	4	5	6
16.	Užasava me dobivanje na težini.	1	2	3	4	5	6
17.	Vjerujem drugima.	1	2	3	4	5	6
18.	Osjećam se sama na svijetu.	1	2	3	4	5	6
19.	Zadovoljna sam izgledom svog tijela.	1	2	3	4	5	6
20.	Imam osjećaj da općenito kontroliram stvari u svom životu.	1	2	3	4	5	6
21.	Zbunim se kod procjene koje to emocije osjećam.	1	2	3	4	5	6
22.	Radije bih bila odrasla osoba nego dijete.	1	2	3	4	5	6
23.	Lako razgovaram s drugima.	1	2	3	4	5	6
24.	Voljela bih da sam netko drugi.	1	2	3	4	5	6
25.	Preuveličavam važnost tjelesne težine.	1	2	3	4	5	6
26.	Točno znam što osjećam.	1	2	3	4	5	6

27.	Osjećam se nedoraslo.	1	2	3	4	5	6
28.	Prejedala sam se tako da sam osjetila da ne mogu prestati.	1	2	3	4	5	6
29.	Kao dijete sam se jako trudila da ne razočaram roditelje i učitelje.	1	2	3	4	5	6
30.	Imam bliske veze.	1	2	3	4	5	6
31.	Sviđa mi se oblik moje stražnjice.	1	2	3	4	5	6
32.	Zaokupljena sam željom da budem mršavija.	1	2	3	4	5	6
33.	Ne znam šta se u meni događa.	1	2	3	4	5	6
34.	Teško mi je drugima izraziti svoje osjećaje.	1	2	3	4	5	6
35.	Zahtjevi odraslosti su preveliki.	1	2	3	4	5	6
36.	Mrzim kad nisam najbolja u onome što radim.	1	2	3	4	5	6
37.	Osjećam se sigurnom u sebe.	1	2	3	4	5	6
38.	Razmišljam o prejedanju.	1	2	3	4	5	6
39.	Sretna sam što više nisam dijete.	1	2	3	4	5	6
40.	Zbunim se jer ne znam jesam li gladna ili ne.	1	2	3	4	5	6
41.	Imam loše mišljenje o sebi.	1	2	3	4	5	6
42.	Mislim da mogu doseći svoja očekivanja.	1	2	3	4	5	6
43.	Moji su roditelji od mene očekivali izvrstan uspjeh.	1	2	3	4	5	6
44.	Brine me da će mi osjećaji izmaći kontroli.	1	2	3	4	5	6
45.	Mislim da su mi bokovi preširoki.	1	2	3	4	5	6
46.	Pred drugima jedem umjereno, a kada odu trpam u sebe.	1	2	3	4	5	6
47.	Osjećam se naduto nakon normalnog obroka.	1	2	3	4	5	6
48.	Mislim da su ljudi najsretniji kad su djeca.	1	2	3	4	5	6
49.	Ako dobijem pola kilograma, brinem se da ću se nastaviti debljati.	1	2	3	4	5	6
50.	Osjećam da vrijedim kao osoba.	1	2	3	4	5	6
51.	Kada sam uzrujan, ne znam da li sam tužna, uplašena ili ljuta.	1	2	3	4	5	6
52.	Mislim da moram nešto napraviti savršeno ili uopće ne raditi.	1	2	3	4	5	6
53.	Razmišljam o pokušaju povraćanja da bih skinula kile.	1	2	3	4	5	6
54.	Moram ljude držati na određenoj udaljenosti (osjećam se nelagodno ako mi se netko pokuša približiti).	1	2	3	4	5	6
55.	Mislim da su mi bedra baš onakva kakva trebaju biti.	1	2	3	4	5	6
56.	Osjećam se praznom iznutra (emocionalno).	1	2	3	4	5	6
57.	Mogu govoriti o vlastitim mislima i osjećajima.	1	2	3	4	5	6
58.	Najbolje godine života su kad postanete odrasla osoba.	1	2	3	4	5	6
59.	Mislim da mi je stražnjica prevelika.	1	2	3	4	5	6
60.	Imam osjećaje koje ne mogu potpuno prepoznati.	1	2	3	4	5	6
61.	Jedem ili pijem u tajnosti.	1	2	3	4	5	6

62.	Mislim da su mi bokovi upravo takvi kakvi trebaju biti.	1	2	3	4	5	6
63.	Imam izuzetno visoke ciljeve.	1	2	3	4	5	6
64.	Kada sam uzrujana, brinem se da ću početi jesti.	1	2	3	4	5	6
65.	Ljudi koji mi se stvarno sviđaju me na kraju razočaraju.	1	2	3	4	5	6
66.	Sramim se svojih ljudskih slabosti.	1	2	3	4	5	6
67.	Drugi bi ljudi rekli da sam emocionalno nestabilna.	1	2	3	4	5	6
68.	Voljela bih imati potpunu kontrolu nad svojim tjelesnim potrebama.	1	2	3	4	5	6
69.	Opuštena sam u većini društvenih situacija.	1	2	3	4	5	6
70.	Naglo nešto kažem („izleti mi“) i poslije mi je žao.	1	2	3	4	5	6
71.	Odstupam od vlastitog stila kako bih iskusila zadovoljstva.	1	2	3	4	5	6
72.	Moram biti pažljiva zbog svoje sklonosti zlouporabi droga.	1	2	3	4	5	6
73.	Društvena sam.	1	2	3	4	5	6
74.	Osjećam se zatočenom u vezama.	1	2	3	4	5	6
75.	Samoodricanje me čini duhovno jačom.	1	2	3	4	5	6
76.	Ljudi razumiju moje prave probleme.	1	2	3	4	5	6
77.	Ne mogu iz glave izbaciti čudne misli.	1	2	3	4	5	6
78.	Jedenje iz zadovoljstva je znak moralne slabosti.	1	2	3	4	5	6
79.	Sklona sam izljevima ljutnje ili bijesa.	1	2	3	4	5	6
80.	Mislim da mi ljudi vjeruju onoliko koliko zaslužujem.	1	2	3	4	5	6
81.	Moram biti pažljiva zbog svoje sklonosti zlouporabi alkohola.	1	2	3	4	5	6
82.	Mislim da je opuštanje jednostavno gubitak vremena.	1	2	3	4	5	6
83.	Drugi bi rekli da se ja lako iznerviram.	1	2	3	4	5	6
84.	Osjećam se kao da nigdje ne dobijem ono što sam zaslužila.	1	2	3	4	5	6
85.	Imam promjene raspoloženja.	1	2	3	4	5	6
86.	Stidim se svojih tjelesnih potreba.	1	2	3	4	5	6
87.	Radije provodim vrijeme sama nego s drugima.	1	2	3	4	5	6
88.	Patnja čovjeka čini boljom osobom.	1	2	3	4	5	6
89.	Znam da me ljudi vole.	1	2	3	4	5	6
90.	Imam osjećaj da moram ozlijediti sebe ili druge.	1	2	3	4	5	6
91.	Mislim da stvarno znam tko sam.	1	2	3	4	5	6

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) Gratz & Roemer (2004).

Dolje su navedena pitanja koja se odnose na neka vaša osjećanja i ponašanje. Za svako pitanje ocijenite je li istinito za vas:

- 1** - gotovo nikada (0-10%)
2 - ponekad (11-35%)
3 - oko polovice vremena (36-65%)
4 - često ili većinom (66-90%)
5 - gotovo uvijek (91-100%)

Odgovorite na sva pitanja, te pokušajte odgovoriti što iskrenije. Željene odgovore zaokružite, nemojte prekrižiti!

1.	Jasni su mi moji osjećaji.		1	2	3	4	5
2.	Obraćam pažnju na to kako se osjećam.		1	2	3	4	5
3.	Vlastite osjećaje doživljavam kao preplavljujuće i izvan kontrole.		1	2	3	4	5
4.	Ne znam kako se osjećam.		1	2	3	4	5
5.	Teško razumijem kako se osjećam.		1	2	3	4	5
6.	Obraćam pažnju na vlastite osjećaje.		1	2	3	4	5
7.	Točno znam kako se osjećam.		1	2	3	4	5
8.	Stalo mi je do toga što osjećam.		1	2	3	4	5
9.	Nisam sigurna kako se osjećam.		1	2	3	4	5
10.	Kada se uzrujam priznajem si da se tako osjećam.		1	2	3	4	5
11.	Kada se uzrujam ljuta sam na sebe jer se tako osjećam.		1	2	3	4	5
12.	Kada se uzrujam postanem posramljena jer se tako osjećam.		1	2	3	4	5
13.	Kada se uzrujam teško dovršavam posao koji sam započela.		1	2	3	4	5
14.	Kada se uzrujam gubim kontrolu.		1	2	3	4	5
15.	Kada se uzrujam vjerujem da ću se još dugo vremena tako osjećati.		1	2	3	4	5
16.	Kada se uzrujam vjerujem da ću se nakon toga osjećati vrlo tužno.		1	2	3	4	5
17.	Kada se uzrujam vjerujem da su moji osjećaji ispravni i važni.		1	2	3	4	5
18.	Kada se uzrujam teško se mogu fokusirati na druge stvari.		1	2	3	4	5
19.	Kada se uzrujam osjećam da nemam kontrolu.		1	2	3	4	5
20.	Kada se uzrujam i dalje mogu obavljati obveze.		1	2	3	4	5
21.	Kada se uzrujam posramljena sam jer se tako osjećam.		1	2	3	4	5
22.	Kada se uzrujam znam da mogu pronaći način da se osjećam bolje.		1	2	3	4	5
23.	Kada se uzrujam imam osjećaj da sam nemoćna.		1	2	3	4	5
24.	Kada se uzrujam osjećam da i dalje mogu kontrolirati svoje ponašanje.		1	2	3	4	5
25.	Kada se uzrujam osjećam krivnju zbog toga što se tako osjećam.		1	2	3	4	5
26.	Kada se uzrujam teško se mogu koncentrirati.		1	2	3	4	5

27.	Kada se uzrujam teško kontroliram svoje postupke.	1	2	3	4	5
28.	Kada se uzrujam vjerujem da ništa ne mogu učiniti kako bih se osjećala bolje.	1	2	3	4	5
29.	Kada se uzrujam postanem ljuta na sebe jer se tako osjećam.	1	2	3	4	5
30.	Kada se uzrujam počinjem biti nezadovoljna sobom.	1	2	3	4	5
31.	Kada se uzrujam jedino što mogu je prepustiti se tom osjećaju.	1	2	3	4	5
32.	Kada se uzrujam izgubim kontrolu nad svojim ponašanjem.	1	2	3	4	5
33.	Kada se uzrujam teško razmišljam o bilo čemu drugome.	1	2	3	4	5
34.	Kada se uzrujam dam si vremena da razmislim što zaista osjećam.	1	2	3	4	5
35.	Kada se uzrujam potrebno mi je dugo vremena da se osjećam bolje.	1	2	3	4	5
36.	Kada se uzrujam osjećam se preplavljena osjećajima.	1	2	3	4	5

Experience in close relationship-revised (ECR-R), Fraley, Waller, & Brennan (2000).

U ovom upitniku nalaze se tvrdnje koje opisuju kako se ljudi osjećaju u bliskim odnosima. Pri procjeni tih tvrdnji možete se usmjeriti na to kako se vi osjećate u bliskim odnosima općenito, ili se možete usmjeriti na određeni specifični odnos, na primjer odnos s dečkom, odnos s majkom, ocem, najboljim prijateljem ili prijateljima općenito. Za svako pitanje ocijenite je li istinito za vas:

- 1 - uopće se ne slažem**
2 - većinom se ne slažem
3 - uglavnom se ne slažem
4 - niti se slažem, niti se ne slažem
5 - uglavnom se slažem
6 - većinom se slažem
7 - u potpunosti se slažem

1.	Bojim se da će me ta osoba/drugi prestati voljeti.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Radije ne pokazujem toj osobi kako se osjećam.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Često se brinem da ta osoba neće htjeti ostati sa mnom u odnosu.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Ugodno mi je dijeliti svoje misli i osjećaje s tom osobom.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Često se brinem da me ta osoba u biti ne voli.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Teško mi je dopustiti si da se oslonim na tu osobu.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Brinem se da toj osobi nije stalo do mene onoliko koliko je meni stalo do nje.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Ugodno mi je biti bliska s tom osobom.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Često poželim da su osjećaji koje ta osoba ima prema meni jednako snažni kao moji osjećaji prema njoj.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Nije mi ugodno „otvoriti se“ toj osobi.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Zabrinuta sam oko tog/tih odnosa.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Draže mi je ne biti previše bliska s tom osobom.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Kada ta osoba nije u mojoj blizini, bojim se da ne pokaže zanimanje za nekog drugog, a mene ostavi.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Postane mi neugodno kada ta osoba želi ostvariti veću bliskost sa mnom.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Kada toj osobi pokažem što osjećam prema njoj, bojim se da neće isto osjećati prema meni.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Relativno mi je lako biti bliska s tom osobom.	1	2	3	4	5	6	7

17.	Rijetko se brinem da bi me ta osoba mogla napustiti/ostaviti.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Nije mi teško ostvariti bliskost s tom osobom.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Zbog te osobe sumnjam u sebe.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Obično raspravljam s tom osobom o svojim brigama i problemima.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Ne brinem se često oko toga da ću biti napuštena/ostavljena.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Korisno je obratiti se toj osobi kada imam neki problem.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Smatram da ta osoba ne želi biti onoliko bliska sa mnom koliko bi ja to htjela.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Toj osobi kažem gotovo sve.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Ponekad se osjećaji te osobe prema meni promijene bez nekog očitog razloga.	1	2	3	4	5	6	7
26.	S tom osobom raspravljam o raznim stvarima.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Moja želja za velikom bliskošću ponekad prestraši tu osobu i ona se udalji od mene.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Prevelika bliskost s tom osobom me čini nervoznom.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Bojim se da kada me ta osoba bolje upozna, da joj se neću svidjeti.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Ugodno mi je oslanjati se na tu osobu.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Ljuti me što od te osobe ne dobivam onoliko naklonosti i podrške koliko trebam.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Nije mi teško osloniti se na tu osobu.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Brinem se da sam lošiji od drugih.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Lako mi je pokazati nježnost toj osobi.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Čini se da me ta osoba primjećuje jedino kada sam ljuta.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Ta osoba doista razumije mene i moje potrebe.	1	2	3	4	5	6	7